ثقافةاستهلاك الدواء في المجتمع المصري

"رؤيه سوسيو أنثروبولوجية طبية"

تأليف

د . فتحي الجمل أبو عقيل

مراجعة وتقديم

أ.د/ عبد الوهاب جودة

أستاذ ورئيس قسم الاجتماع جامعة عين شمس

المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب



المركز العربي للنشر و التوزيع

بطاقة فهرسة

ثقافة استهلاك الدواء في المجتمع المصري

"رؤيه سوسيو أنثروبولوجية طبية"

اعداد: د/ **فتحي الجمل أبو عقيل**

١٧ × ٢٤ سم

رقم الايداع : ٩٦١٤ / ٢٠١٩

ISBN: 978 – 977 – 02 – 8915 - 0

طبع في جمهورية مصر العربية

بمطابع دار المعارف

المؤسسة العربية للتربية والعلوم والآداب

AIESA

Website: www.aiesa.org

إهــداء

إلى رمز العلم والأدب والاحترام والتواضع والتقدير

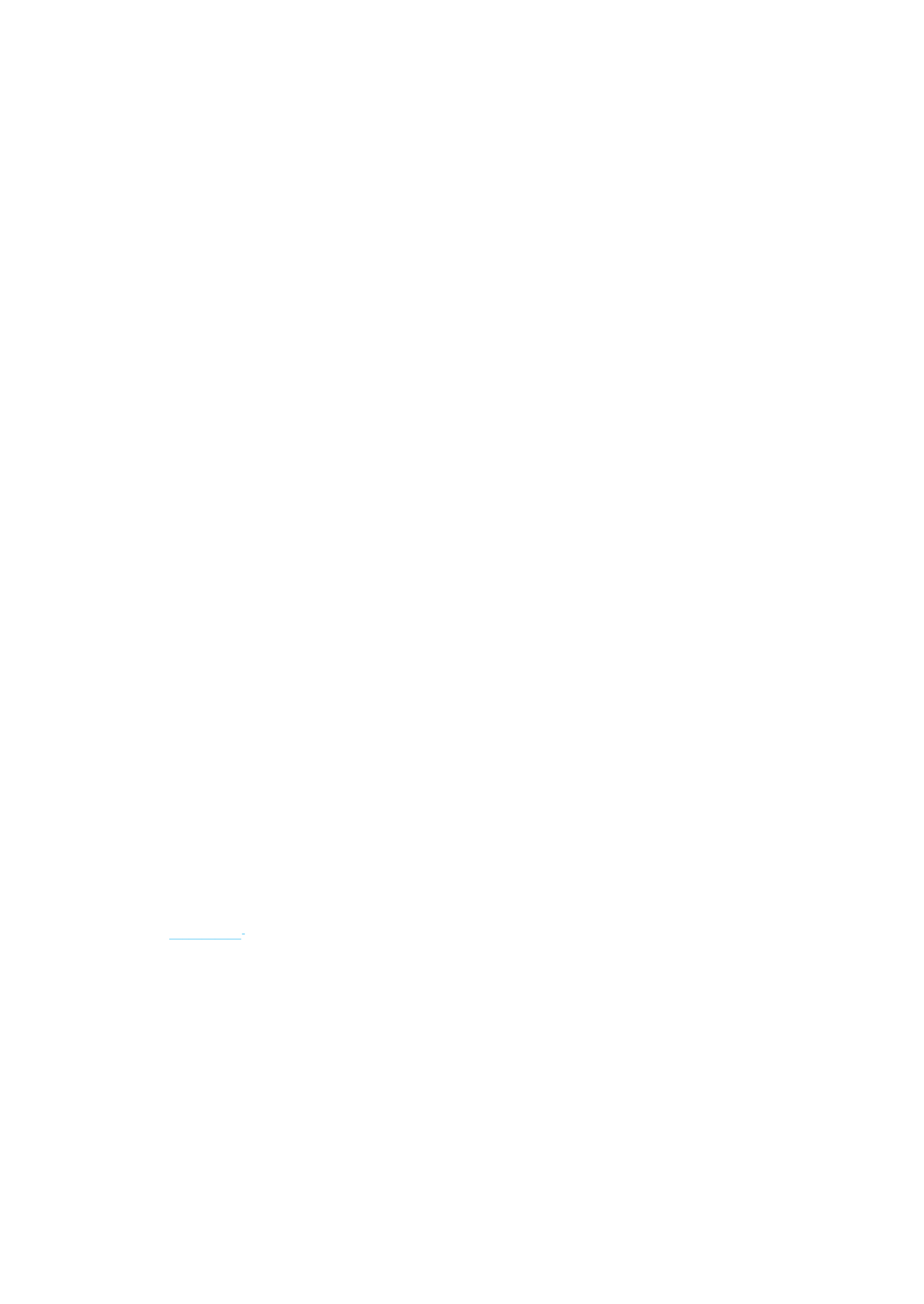
إلى الأب والمعلم والأستاذ والقدوة والمربي

إلى من مؤلفاته وأفكاره تحتاج إلي باحثين

إلى من سيرته الذاتية تحتاج إلي دارسين

إلى أستاذي الغالي صاحب الخلق الرفيع

الأستاذ الدكتور/ عبد الوهاب جودة



الفهرس

تقديم

اتجه البشر خلال الوقت الراهن بفعل الرأسمالية المتوحشة إلى التملك، واستخدام أكبر عدد من السلع والخدمات بعد ان غرست فيه قيم مادية جعلته يربط سعادته ونجاحه بهذا الامتلاك والافراط في استخدام السلع والخدمات، وصار كثرة امتلاك الأشياء مظهرا للعصرية والتقدم، والتفاخر الاجتماعي، وبرهانا على النجاح والمكانة الاجتماعية بين الاقران في المجتمع. وهكذا انحصرت السعادة في الماديات الترفيه والقيم الاستهلاكية، ونتيجة لذلك، ازداد الضغط على الأرض واستنزاف ثرواتها، وبروز كوارث عدة مستحدثة، رصدها تقرير حالة الأرض ٢٠١٠ State of the Worldالصادر عن مؤسسة مرصد الأرض World Watch Institute بواشنطن، وحظر منها، موضحا بالأدلة العلمية أن النظام العالمي الحالي القائم على الاستهلاك المفرط للموارد الطبيعية غير قابل للاستمرار وسيؤدي إلى كوارث مدمرة، داعيا لضرورة التحول من ثقافة الاستهلاك الي ثقافة الاستدامة.

وعلى مستوى العالم العربي، يستهلك سكانه ربع الإنتاج العالمي، في حين أن إنتاجه أقل من ذلك بكثير. والمجتمع المصري، شأن بقية المجتمعات العربية، يعاني من تفشى ثقافة الاستهلاك، فإذا نظرنا إلى السلوك الاستهلاكي للمصريين سوف نجد اتجاها متزايدا على الاستهلاك، وتراجع الادخار. ذلك أن اكتساب الممارسات الاستهلاكية لها دلالات اجتماعية تجعل منها عنوانا للوجاهة، والطبقية، والهوية الثقافية في مجتمع يعاني من اختلالات حادة، أبرزها: الانقسام الطبقي الحاد بين من يملكون ومن لا يملكون، حيث تشير الإحصاءات إلى أن المصريين ينفقون أكثر من أربعة مليارات دولار على استيراد "ورق العنب"، ولحم الطاووس، وسمك الكافيار والجمبري والجامبو والاستاكوزا، كما يتم إنفاق الملايين على استيراد "أيس كريم" من الأنواع الفاخرة. ويصل إنفاق المصريين على السلع الترفيهية المعمرة وغير المعمرة إلى ما يقرب من ستة مليارات دولار، ونحو أربعة مليارات دولار على استيراد أجهزة الهاتف المحمول. ويؤدي البذخ في الاستهلاك إلى تداعيات اجتماعية ونفسية في المجتمع تتمثل في ارتفاع منسوب الحقد الاجتماعي، وتمزق الروابط الاجتماعية، والشعور المستمر بأن التملك هو أساس الحراك الاجتماعي في حين أن وسائل الصعود على السلم الاجتماعي المتحضرة في تراجع مذهل مثل التعليم. وتعود ثقافة الاستهلاك في المجتمع المصري إلى عوامل عديدة، بعضها يعود إلى الانفتاح الاقتصادي في

سبعينيات القرن الماضي، وما تلاه من سياسات اقتصادية لم تول أهمية للتنمية بمعناها الشامل، رافق ذلك هجرة العمالة المصرية إلى دول الخليج وبعض الدول الأوروبية، التي عادت إلى مجتمعها المحلي بثقافة محافظة، تغلفها نزعة استهلاكية شرسة، ورغبة في المباهاة الاجتماعية، أدت إلى اختلال في توازن الريف المصري.

وتعد فكرة ثقافة الاستهلاك -باعتبارها فكرة اقتصادية-حديثة للغاية. ومع بداية الألفية الثالثة يملك الجميع قدرا من المعرفة الاقتصادية مهما كانت مستوى هذه المعرفة ونوعيتها. وقد أصبحت مفاهيم مثل: الاستهلاك، والنزهة الاستهلاكية، والمستهلك محور رئيسي في النقاشات الثقافية بما في ذلك وسائل الإعلام، والخطاب الأكاديمي والسياسي. وفي الواقع، فإن العيش في ثقافة الاستهلاك-رغم أنه طبيعي-يبدو حديث جدا ويستغرق كثير من الوقت والعمل لتطويره ونشره. لقد أكدت أدبيات ما بعد الكولونيالية العلاقات التاريخية الطويلة بين المستعمرين ومستعمراتهم، بالإضافة إلى خطوط الاتصالات والمواصلات والتجارة القائمة بين الجهات الإقليمية، وطرق التبادل البشرية والمادية والرمزية والإيديولوجية التي ساعدت على تعميم الثقافة ونشرها. وفي حين كانت الثقافة الاستعمارية ذات تأثير متباين في أما كن مختلفة، فإن معظم العلماء والنقاد يتفقون على أن هناك حاليا اتجاهات قوية جدا نحو عالمية ثقافة الاستهلاك. وفي حين أن هناك اتفاقًا عامًا على أن هناك قدرة تفاضلية للاستهلاك بين المناطق العالمية وداخلها، فإن الخلاف يكمن فيما يتعلق بما إذا كانت ثقافة الاستهلاك العالمية تعتبر تطورًا إيجابيًا أو محايدًا أو سلبيًا. وبالتالي، يجب الاعتماد على مدخل عالمية للتحليل والذي يضع في حسبانه كل من البعد التاريخي والخصوصية المحلية عند تحليل ثقافة الاستهلاك.

وبناء على ذلك، يجب الانطلاق في تحليل ثقافة الاستهلاك استنادا إلى الرؤية العالمية. فالاقتصاد الأمريكي في بدايته كان يعتمد على العمالة المهاجرة والمواد الخام، وقد ولَّت الأيام التي يمكن أن يتخيل فيها الأوربيون العيش في منطقة خالية من العمليات الصناعية الحديثة وما بعد الصناعة. والآن، يصعب على المرء العثور على مكان لا تتوفر به كوكاكولا، على سبيل المثال. وبالمثل، سيكون من الصعب العثور على مكان تغيب فيه تمامًا الرسائل التي تشجع بعض أشكال الاستهلاك. علاوة على ذلك، يمكننا شراء جميع أنواع السلع، بدءًا من الملابس إلى الأطعمة من أبعد

المناطق في العالم. وغالبًا ما ترتبط عملية العولمة المتسارعة مؤخرًا بنتائج ثقافة الاستهلاك وجهودها.

نظرية ثقافة المستهلك

لقد أفضت أبحاث ودراسات المستهلك خلال الخمس وعشرين عاما الماضية الى بروز سلسلة من الأبحاث التي تناولت الأبعاد الاجتماعية والثقافية، والرمزية، والأيديولوجية للاستهلاك. كما قدمت مجموعة من الاهتمامات المحفزة، والمفاهيم التصورية، والأجندات النظرية التي ميزت اتجاه البحث في مجال الاستهلاك حتى الآن. وقد خصصت مجموعة من المجلات العلمية لنشر تلك البحوث المتعلقة بموضوع الاستهلاك، ومن أهم هذه المجلات: المجلة الأوروبية للتسويق، مجلة الثقافة والأسواق والاستهلاك، والمجلة الدولية للبحوث في مجال التسويق، ومجلة ثقافة المستهلك. وقد تبنت معظم البحوث مقاربات نظرية مثل: كنظرية النسبية، والنظرية التفسيرية، والوضعية، وما بعد الوضعية، والنظرية الطبيعية، والنظرية الإنسانية، وما بعد الحداثة. وجميع المقولات النظرية التي طرحت لدراسة ظاهرة الاستهلاك ما زالت غامضة، ولم تستطع تقديم فهم كامل لظاهرة الاستهلاك، بالإضافة إلى صعوبة تحديد القواسم المشتركة والروابط النظرية في مثل هذا التوجه البحثي. ومن الواضح تركيز معظم البحوث العلمية حول ظاهرة الاستهلاك على الفروق المنهجية، واستحضار رؤى نظرية متناقضة وغير متعلقة بنموذج بحث المستهلك

ويجب دراسة وتحليل ثقافة الاستهلاك بالاستناد إلى مقولات نظرية ملائمة لدراسة التعقيد الثقافي في فهم ظاهرة الاستهلاك، بدلاً من النظر إلى الثقافة باعتبارها نظامًا متجانسًا من المعاني المشتركة بشكل عام، وفهم طرق الحياة، والقيم المشتركة التي يتقاسمها أحد أفراد المجتمع، واستكشاف الفروق في أساليب الاستهلاك وتوجهاتها بين الثقافات المختلفة، بمعنى البحث عن القواعد المشتركة للاستهلاك في مختلف الثقافات وذلك في إطار السياق الاجتماعي التاريخي الأوسع للعولمة، ورأسمالية السوق. ذلك أن ثقافة المستهلك تعبر عن ترتيب اجتماعي يتم فيه تحويل العلاقات بين الثقافة الحية والموارد الاجتماعية، وبين طرق الحياة الهادفة والموارد المادية والرمزية التي تعتمد عليها، من خلال الأسواق كوسيط. ويعد استهلاك السلع المصنعة في السوق والرموز التسويقية المحفزة أمرًا محوريًا بالنسبة للمستهلك، ومع ذلك فإن استمرارية هذا النظام

واستنساخه يعتمدان إلى حد كبير على ممارسة الاختيار الشخصي المجاني في المجال الخاص للحياة اليومية (Holt, 2002).

ويعبر مصطلح "ثقافة المستهلك" إلى نظام مترابط للصور، والنصوص، والموضوعات التي يتم إنتاجها تجاريًا والتي تستخدمها الجماعات -من خلال بناء ممارسات وهويات ومعاني متداخلة وحتى متضاربة -لإضفاء معنى جماعي على بيئاتها وتوجيه تجارب أعضائها وحياتهم. وتتجسد هذه المعاني وتتضح عن طريق أدوار المستهلكين وعلاقاتهم في المواقف الاجتماعية المحددة. علاوة على ذلك، تصف ثقافة الاستهلاك شبكة من الروابط والامتدادات العالمية المنسوجة بكثافة من خلال اختراق الثقافات المحلية بشكل متزايد عن طريق قوى رأس المال العابر والوسائط العالمية المتعددة. علاوة على ذلك، يتم من خلال الثقافة الاستهلاكية اختراق الثقافات المحلية بشكل متزايد من قبل قوى رأس المال عبر الوطني والوسائط العالمية المتعددة. ذلك أن الثقافة عبارة عن نسيج من الممارسات والمعاني والأفعال. ووفقا لرؤية بيير بورديو، فإن ثقافة المستهلك بسبب تعقيداتها الداخلية والمجزأة، لا تحدد الفعل كقوة سببية، وتشبه على حد كبير اللعبة التي يتحسن فيها الأفراد ضمن قيود القواعد، ومن ثم تحدد ثقافة المستهلك -وأيديولوجية السوق التي تنقلها -إطارا لآفاق المستهلكين من الفعل، والشعور، والتفكير، وتصنع أنماطًا معينة من السلوك وتفسيرات ذات معنى أكثر احتمالا من غيرها. وفي إطار هذه الرؤية التوزيعية للمعنى الثقافي، هناك عدد من الديناميات المحددة للثقافة الاستهلاكية: كالتفرد، والتعددية، والسيولة، والاختلاط (أو التهجين) لتقاليد الاستهلاك وأساليب الحياة.

ويعد ميدان الصحة والمرض من أهم الميادين الذي ينفق فيه المصريين أكبر قدر من دخولهم الشهرية؛ نظرا لخوفهم على الصحة، فالتداوي واحد من أهم السلوكيات التي يمارسها البشر حفاظا على الصحة. وقد اختلفت أساليب التداوي لدى المصرين من حقبة تاريخية إلى أخرى، فقد كان المصريون يعتمدون على الطرق الشعبية، والتداوي الذاتي قديما، بينما تجه غالبيتهم إلى استخدام الأدوية المصنعة خلال الفترة الزمنية المعاصرة؛ نتيجة الوعي والتعليم. وايا كان الأمر، فإن الثقافة التي يحملها الأفراد بمكوناتها: المعتقدات والاتجاهات، والميول، والأحكام، والمعارف، والتقديرات، والممارسات، تحدد جميعها أسلوب التداوي.

وعلى المستوى العلمي، لم تحظى ثقافة الاستهلاك باهتمام البحث العلمي من قبل الباحثين المصرين والعرب بالقدر الكافي، فنادرا ما نجد دراسة متخصصة في علم الاجتماع تركز على تحليل البنية الثقافية للاستهلاك. ويعد العمل العلمي الذي يقدمه "الدكتور فتحي الجمل" واحدا من الأعمال العلمية التي تتسم بالجدة والأصالة، ويمثل سبقا علميا في مجال دراسة الثقافة الدوائية عموما، وثقافة استهلاك الدواء في المجتمع المصري بصفة عامة. ويكتسب هذا العمل العلمي أهميته وأصالته في أنه حاول الوقوف على الخصائص الثقافية لاستهلاك الدواء في مجتمع محلي، يتسم بخصوصية ثقافية لها سماتها وطبيعتها الخاصة، ثقافة تقليدية محافظة في طابعها العام، إلا أنه يكشف عن تغيرات ثقافية مهمة في ظل الانفتاح على العالم الخارجي، واكتساب أبناء المجتمع المحلي العناصر الثقافية الحضرية سواء المحلية او العالمية؛ نتيجة تطور تقنيات الاتصال العالمية وانفتاح المجتمع المحلي على العناصر الثقافية العالمية، سيما في مجال التداوي، والتجميل، والاستهلاك بصفة عامة.

ومما يضفي أهمية على هذا العمل العلمي الأصيل: قدرة الباحث " د. فتحي الجمل " على التأصيل العلمي للمفهوم، وتبيان أبعاده ومحدداته النظرية، واستجلاء المقولات النظرية للمقاربات النظرية المختلفة (الكلاسيكية والمعاصرة) وتوظيفها في دراسة وتحليل ظاهرة ثقافة الاستهلاك في مجتمع ريفي بصعيد مصر، والقدرة على إبراز السمات الثقافية لاستهلاك الدواء باقتدار، وحبكة علمية رصينة.

وقد جاء الكتاب الذي بين أيدينا في أربعة فصول متتابعة، عرض فيها الدكتور فتحي الجمل أبعاد ثقافة التدوي، واستهلاك الدواء. وقد صدر الكتاب بمقدمته الطويلة حول استهلاك الدواء أبرز فيها وضعية استهلاك الدواء على المستوى العالمي، والإقليمي، والمحلي، مستشهدا بمجموعة وفيرة وكافية من المؤشرات الإحصائية التي تعكس تزايد معدلات استهلاك الدواء، ومن ثم مبررات دراسة الثقافة الاستهلاكية في مجال التداوي.

وخصص الدكتور **الفصل الأول**: للأصيل النظري للمفاهيم العلمية المرتبطة بالاستهلاك، وثقافته، والثقافة الاستهلاكية، ومفهوم التداوي، والثقافة الدوائية، واستهلاك الدواء. وقد قدم الكاتب في هذا الفصل جرعة دسمة من المفاهيم التي أثرت الفكر المرتبط بالتداوي وثقافته، والمتغيرات المؤثرة في فاعلية الدواء واستهلاكه. علاوة على المحددات المتعلقة

بتشكيل الثقافة الدوائية. وبذلك يعد إفادة مهمة في ميدان علم الاجتماع الطبي والأنثروبولوجيا الطبية.

وفي **الفصل الثاني** من هذا الكتاب: استعرض الكاتب باقتدار مؤشرات الوضع الصحي في المجتمع المصري، متخذا من مجتمع سوهاج بصعيد مصر حالة واقعية، تناول فيه مراكز تقديم الخدمة الصحية، والقوة العاملة في مجال الصحة ومستوى القدرات الفنية والطبية في المجتمع المحلي، بالإضافة إلى الحالة الصحية للسكان ومستوى الانفاق على الصحة، موضحا سلوك الانفاق في مجال التداوي.

وينتقل الكاتب – عبر **الفصل الثالث**-ليعرض بالتحليل ثقافة استهلاك الدواء في ضوء ثلاثة من الاتجاهات النظرية السوسيولوجية، ويقدم تحليلا رائعا لمختلف الرؤى النظرية التي انطوى عليها كل اتجاه نظري.

الاتجاه الأول: واستعرض فيه بالتحليل نظريات الفعل الاجتماعي والمتمثلة في رؤية "سمنر" حول المعتقدات الشعبية، وأنماط الفعل الاجتماعي عند "ماكس فيبر"، ورؤية "آلان وارد" حول القيم الوجهة للممارسات الاجتماعي. بالإضافة إلى نظريات الدخل والاستهلاك في ضوء نظرية الحياة اليومية، حيث قدم عرضا تحليليا لرؤية "جون منيارد كينز" حول الدخل المطلق وعلاقته باستهلاك الداء، ونظرية "فريدمان" حول الدخل الدائم، ونظرية "مودجلياني وآندو" حول دورة الحياة وعلاقتها باستهلاك الدواء. علاوة على نظريات التعليم وتشكيل المعرفة الدوائية، والتي استعرض خلالها رؤية "باولو فرايري" حيال التعليم والحرية، ونظرية "بورديو" حول التعليم ورأس المال الثقافي. كما استعرض في إطار هذا الاتجاه النظري فكرب المساندة الاجتماعية عند "ماكس شيلر" وتطبيقاتها في تفسير ثقافة الاستهلاك الدوائي. كما قدم تحليلا لمقولات نظرية "الاستخدام الأمثل" وعلاقته بالمعرفة الدوائية، متناولا رؤية كل من: ابن حزم و"هوسلر" حول الوعي القصدي، ومخزون الن المعرفة عند "الفرد شوتز"، و" ماري دوجلاس وبارون شرودن" حول طرق استخدام السلع.

أما **الاتجاه النظري الثاني**: فقد خصصه مؤلفنا لعرض المقاربات النظرية البنيوية. فقد عرض بإسهاب جميل لثلاث مقاربات، الأولى: ركزت على التداوي الذاتي والتقليدي في أساليب العلاج، حيث عرض للأفكار "جورج زيميل" حول الموضة وأسلوب الحياة، ورؤية "لورزنبري" حول

المحاكاة وعلاقتها بالاستهلاك. كما قدم عرضا للنظريات التي أكدت على دور الإعلام كمصدر لتشكيل الثقافة الاستهلاكية في مجال الدواء، تناول من خلالها رؤية " هربرت ماركيوز"، وتيودور أدورنو". علاوة على توظيف رؤى ما بعد الحداثة حول الثقافة الاستهلاكية، فقد افاض في عرض رؤية "مايك فيزرستون"، و "آلان تورين" ، و "روبرت هولتون"، و " روبرت بوكوك"، بالإضافة إلى رؤية "زيجمونت باومان" حول ثقافة الاستهلاك.

ثم اختتم الفصل بتقديم عرضا نقديا لكيفية الاستفادة من الأطر النظرية السوسيولوجية السابق ذكرها في تحليل وفهم ثقافة استهلاك الدواء.

واختتم كاتبنا هذا العمل العلمي ا المحددات الاجتماعية المرتبطة بتشكيل ثقافة استهلاك الدواء في المجتمع المحلي "سوهاج" في صعيد مصر، ليبرز الملامح الجوهرية لهذه الثقافة، والخصوصية الثقافية المميزة لسلك المستهلك المحلي للدواء. فقد تناول بالتحليل العلاقة بين الحالة الصحية والاستجابة للرعاية الطبية، والعلاقة بين طبيعة الثقافة وتحديد أسلوب العلاج، وكذا العلاقة بين الدخل واستهلاك الدواء في الحياة اليومية، ودور التعليم في تشكيل المعرفة الدوائية، والمساندة الاجتماعية ودورها في تشكيل الثقافة الدوائية، والاستخدام الأمثل. وقد زيل الفص بتعقيب نقدي، مع طرح رؤية مقترحة حول ثقافة المستهلك الدوائية.

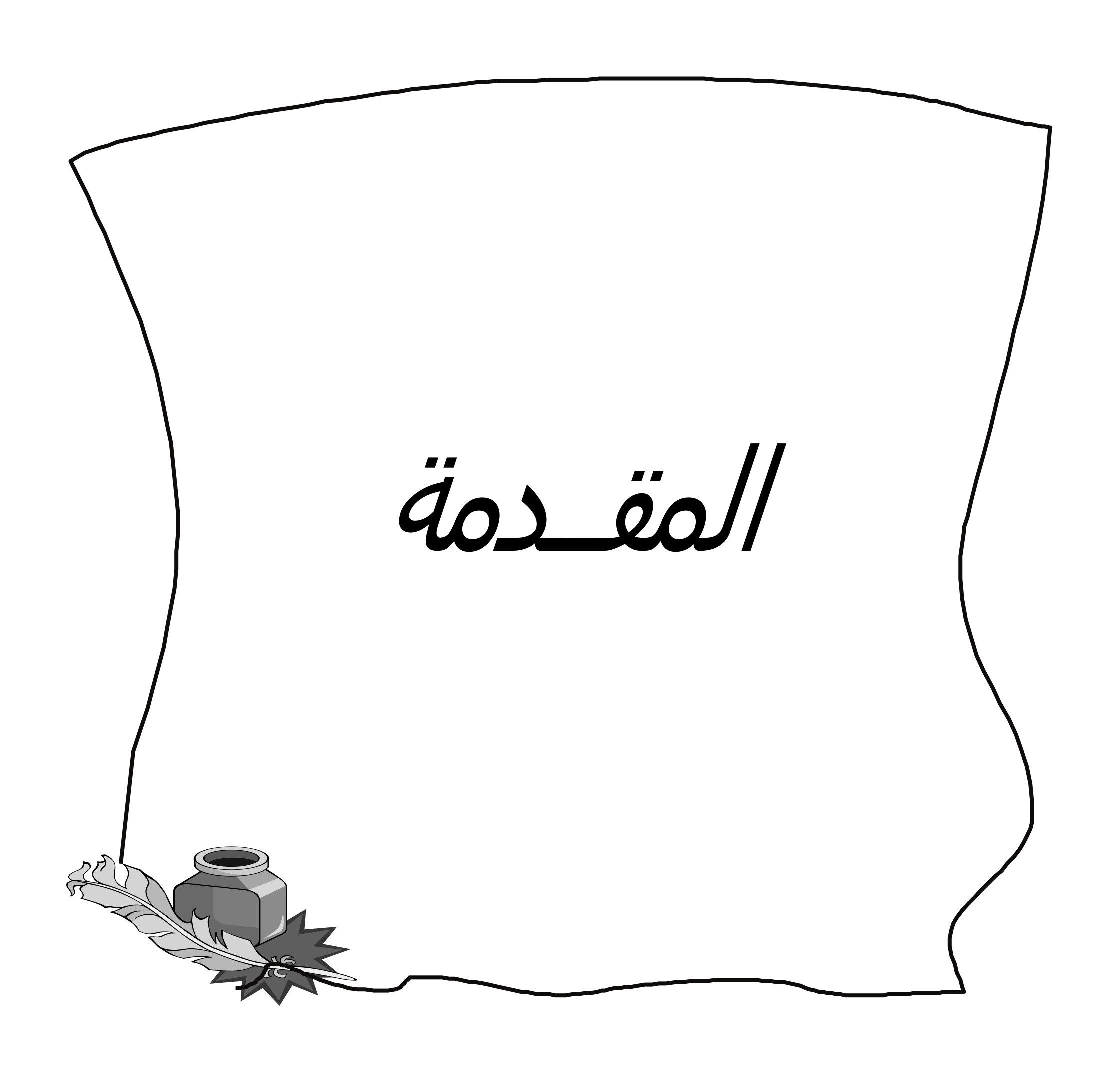
وإني اذ أقدم لهذا الكتاب الفريد، ومؤلفه الدكتور/ فتحي الجمل، أقدم واحدا من الباحثين الكتاب الواعدين، والذي اتضح عبر قراءة فصول الكتاب أنه باحث، ومؤلف واعد، استطاع باقتدار أن يسبر أغوار ظاهرة الثقافة الاستهلاكية، خاصة في مجال استعمال الدواء، وألَّم بصورة عميقة مختلف الرؤى النظرية في مجال سوسيولوجيا الصحة والمرض، والرؤى الأنثروبولوجية في مجال العلاج والتداوي. كما برع منهجيا في مقاربة المفاهيم، ليطرح بناء معرفي واضح وعميق حول الثقافة الدوائية والاستهلاك. وأنا سعيد بقراءة هذا العمل، وأقدمه للمكتبة العربية في مجال السوسيولوجيا؛ ليشكل إضافة معرفية ممتازة، تفيد التخصص. وعلى ضوء ذلك، أدعو جميع الباحثين في مجلات العلوم الاجتماعية عامة، ومجالي الاجتماع والأنثروبولوجيا خاصة قراءة هذا العمل العلمي، متمنيا الإفادة مما طرحه "مؤلفه" من إضافات جديدة لبناء العلم.

ولا يسعني في نهاية تقديمي هذا، إلا أن أثمن جهد الدكتور/ فتحي الجمل-مؤلف الكتاب- على هذا الجهد العظيم، وأهنئه وأبارك له صدور هذا المؤلف باسمه، متمنيا له دوام التوفيق، والاستمرار في تقديم أعمال علمية جادة كما عودنا.

وعلى الله القصد

أ.د/ عبد الوهاب جودة الحايس

مصر الجديدة، ٢٠١٩


المقــدمة

مقدمة المؤلف :

تبلورت الفكرة الرئيسة لهذه القضية أثناء دراستي لأنماط الاستهلاك لدي الأسرة في مرحلة الماجستير؛ حيث أتضح من خلال سرد التراث أن موضوع ثقافة استهلاك الدواء في المجتمع المصري لم يتم التطرق إليها، بالرغم من أن الموضوع قد تم تناوله في بلدان عربية مختلفة ولكن بأسلوب مختلف من أجل معرفة اتجاهات المستهلكين وأساليبهم في كيفية استهلاك الأدوية، ومن بين هذه الدراسات علي سبيل المثال لا علي سبيل الحصر: دراسة فوزية برسولي(١) في الجزائر، ودراسة يوسف محمود في الأردن(٢)، ودراسة سهام كامل محمد وآخرون(٣) ودراسة سعدون حمود وآخرون(٤)(٥) في العراق، ولقد أكدت نتائج هذه الدراسات علي عدم تناسب أسعار الأدوية مع القدرة الشرائية للمستهلكين، واضطرار بعض المرضى لشراء الأدوية الرخيصة دون الاهتمام بمصدرها أو جودتها، وقلة الوعي الصحي والدوائي لدى المستهلكين، وضعف الرقابة الصحية الحكومية على الأدوية، وانعدام الرقابة على بعض الأدوية، وعدم متابعة تواريخ توزيعها على الحالات الخاصة للمستهلكين.

وقد أوضحت الإحصاءات الرسمية للدولة أن جملة الانفاق الاستهلاكي السنوية علي الخدمات والرعاية الصحية بلغ ٥,٣ مليار جنيه مصري في عام ٢٠٠٠/٩٩م.، يأتي علي رأس هذه الخدمات والرعاية الصحية الإنفاق علي الدواء بنسبة ٢,٨ مليار جنيه، ثم يأتي في المرتبة الثانية الإنفاق علي الاطباء والتحاليل الطبية بحوالي مليار جنيه، أما العلاج بالتامين الصحي يأتي في المرتبة الثالثة بنسبة ٦٣٣ مليون جنيه، بينما يأتي العلاج بالمستشفيات في المرتبة الرابعة بنسبة ٣٦٣ مليون جنيه(٦). وهذا يعني أن تَكْلُفة الإنفاق علي الدواء تعادل تكلفة الإنفاق علي كافة بنود الخدمات والرعاية الصحية.

كما أشارت الإحصاءات إلي ارتفاع معدلات إنفاق الأسر المصرية علي بنود الخدمات

والرعاية الصحية، حيث بلغ متوسط الإنفاق السنوي للأسرة المصرية علي بنود الخدمات والرعاية الصحية ١١١٨,٤ جنيهًا خلال عام ٢٠٠٩/٢٠٠٨م.، حيث خصصت الأسرة المصرية ٥٤,٨% من هذا المبلغ للإنفاق علي المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية، و٢٨,٩% للإنفاق علي العيادات الخارجية، ونسبة١٦,٣% للإنفاق علي خدمات الإقامة بالمستشفيات.[٧] بينما بلغ متوسط الإنفاق السنوي للأسرة المصرية علي بنود الخدمات والرعاية الصحية طبقا لمؤشرات بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠١٣/٢٠١٢م.، ليصل إلي ٢٤١٦,٣ جنيهًا من إجمالي إنفاق ٢٦١٦١,٨ جنيهًا، أي ما يعادل نسبة ١٠,٨% من إجمالي الإنفاق الأسري، وبالتالي فقد تضاعف ما تنفقه الأسرة المصرية علي بنود الخدمات والرعاية الصحية خلال الأربعة أعوام السابقة[٨].

كما أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن ٥٠% من المرضى علي مستوي العالم لايتناولون الدواء بالأسلوب الصحيح الذي تم وصفه من قبل الطبيب، كما يعتمد الكثير من المرضى في تناولهم للدواء على مشورة أقاربهم أو أصدقائهم اختصاراً للوقت وتقليلا للنفقات، ويعكس ذلك نقصًا في الثقافة الصحية والدوائية وعدم الالتزام بقواعد الأنظمة الطبية والصحية من قبل مستهلكي الدواء[٩].

ويشير الواقع في مجتمعنا إلي انتشار التداوي الذاتي بين غالبية أفراده، نظراً لتردد غالبية فئات المجتمع ذكور وإناث، أميين ومتعلمين علي الصيدليات لشراء الأدوية المختلفة دون استشارة الطبيب المختص، على الرغم من أن هناك عددًا كبيرًا من الأدوية لا ينبغي أن يستعملها المريض إلا بعد استشارة الطبيب؛ لأن المريض إذا استعمل دواء دون تشخيص طبي (روشتة) ، فإن هذا الدواء قد يتعارض مع مرضه، أو قد يكون غير مناسبًا لعمره أو لوزنه أو لجنسه أو لحالته.

وتؤكد هذه المؤشرات الواقعية ما أشار إليه "ألفرد شوتز" Alfred Schütz بمقولته النظرية التي تنهض على أساس "أن جميع البشر يحملون في عقولهم قواعدًا وطرقًا اجتماعية ومفاهيمًا عن السلوك الملائم، كما أنهم يمتلكون معلومات أخرى تسمح لهم بالتصرف في محيط عالمهم الاجتماعي. وأن كلاً من تلك القواعد والطرق الاجتماعية، والمفاهيم والمعلومات بمثابة مخزون معرفي لدى الفرد، وتلك المعرفة المشتركة هي التي تمنح الناس الإطار المرجعي أو التوجه الذي يمكنهم من تأويل الأحداث كما يمارسونها في العالم المحيط بهم."[١٠]

من هذا المنطلق جاء هذا العمل ليتناول ثقافة استهلاك الدواء في المجتمع المصري، وذلك لنشر المعرفة الدوائية بين أفراد الأسر المصرية، من خلال تزويد الأفراد والمجتمعات بالمعلومات والمعرفة الصحية، وتبنيهم سلوكيات صحية سليمة، وتمكينهم من مراقبة صحتهم، وبالتالي تقليل النفقات الصحية وترشيدها، التي تثقل كاهل الجهاز الصحي المصري، من أجل تعزيز الصحة وتقليل معدلات الأمراض والحد من مضاعفاتها، والحد من الاستخدام الخاطئ للأدوية والأمراض الناتجة عنه والوقاية من تلك الأمراض، والقضاء على الجهل والمفاهيم الخاطئة المرتبطة باستخدام بعض الأدوية، وتبصير الأسر بطريقة استخدام الأدوية وكيفية تخزينها، والمقارنة بين أنماط الأدوية واختيار الأفضل من بين البدائل. وفي النهاية نأمل أن يكون هذا الكتاب إضافة مفيدة في مجال الثقافة الدوائية.

هوامش مقدمة الكتاب

([1]) فوزية برسولي: تحليل سلوك المستهلك تجاه الأدوية. دراسة ميدانية بمدينة باتنة، رسالة ماجستير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر-باتنة، الجزائر، ٢٠١١، ص ص١-١٧٧.

([2]) يوسف محمود وآخرون: تحليل الاستهلاك الدوائي في الأردن- القياس والتحليل.مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، جامعة تشرين، الأردن،العدد(١)،مجلد(٣١).٢٠٠٩. ص ص ١١٣: ١٣٤.

([3]) سهام كامل محمد وآخرون: مرجع سابق. ص ص٤٨-٦٩.

([4]) سعدون حمود وآخرون: قياس سلوك المستهلك تجاه الأدوية: دراسة استطلاعية تحليلية لآراء عينة من المستهلكين في بغداد. المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مركز بحوث السوق وحماية المستهلك، جامعة بغداد، مجلد (١)عدد(٢)، ٢٠٠٩، ص ص١٤٦ :١٨٠.

(٥) سعدون حمود وآخرون:قياس سلوك المستهلك تجاه الأدوية من وجهة نظر الطبيب- دراسة استطلاعية تحليلية لأراء عينة من الأطباء العاملين في بغداد. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، مركز بحوث السوق وحماية المستهلك، جامعة بغداد، العدد(٢٢)، ٢٠٠٩، ص ص ١٩-٤٦.

(٦)الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك ١٩٩٩/ ٢٠٠٠، المجلد الأول، منهجية البحث، ديسمبر ٢٠٠٠، ص٣١.

(٧) مجلس الوزراء مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: ملامح نمط الإنفاق في الأسرة المصرية.تقارير معلوماتية، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مجلس الوزراء، السنة الخامسة، العدد (٥٨)، أكتوبر ٢٠١١م.، ص ٣.

(٨) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك. المجلد الرابع، القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، ٢٠١٤، ص٤.

(٩) سهام كامل محمد وآخرون: مرجع سابق. ص ص٤٨-٦٩.

(١٠) السيد علي شتا: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الأول: المدخل إلي علم الاجتماع الظاهري. الإسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤، ص٤٢٩.

الفصل الأول

ثقافة استهلاك الدواء في المجتمع المعاصر

تمهيد.

أولاً: ثقافة استهلاك الدواء والمفاهيم المرتبطة بها.

ثانياً: خصوصية استهلاك الدواء.

ثالثاً: العوامل المؤثرة علي فاعلية الدواء واستهلاكه.

رابعاً: الثقافة الدوائية والعوامل المؤثرة في تشكيلها.

تمهيد :

يعد التداوي ضرورة من ضروريات البقاء علي قيد الحياة، بدونه تتغلب الأمراض علي صحة الإنسان، وتكثر وتتضاعف آلامه ومعاناته البدنية والنفسية. ويأتي الدواء في حياة الإنسان في المرحلة الثانية بعد الغذاء، ولقد دأب الإنسان منذ فجر التاريخ إلي البحث والتنقيب عن مسببات الأمراض، كما اهتم بتشخيصها وكيفية الوقاية منها، والاستدلال علي سبل المقاومة والعلاج. ولقد اهتدى بنو البشر بالفطرة والتجربة والممارسة إلي وسائل متنوعة لعلاج الأمراض، مثل: الكي والوخز بالإبر واستعمال الأعشاب وغيرها من الممارسات العلاجية المختلفة.

ولقد حقق الإنسان انجازات عظمية في علاج الأمراض بالأعشاب والمواد الطبيعية، كما تمكن من فصل المواد الفعالة من مصادرها الطبيعية، سواء كانت مصادر نباتية أو حيوانية، وعلي هدي المواد الفعالة الموجودة في المصادر الطبيعية استطاع الإنسان أن يصنع الآلاف من الأدوية الكيميائية من عناصر أولية.

وبعد أن امتلأت الأسواق بهذا الكم الضخم من الأدوية المصنعة كيميائيا، واستعملت في علاج الأمراض والوقاية منها، وفي تشخيص المرض وتسكين الألم، وكعامل مساعد في إجراء العمليات، ... وغيرها كان من الطبيعي أن تظهر مشكلات عديدة ومتنوعة؛ بسبب استعمال هذه الآلاف من الأدوية. وبعد أن كان الدواء سلاحاً ضد المرض، أصبح في حالات كثيرة أداة مدمرة تتسبب في إصابة الإنسان بأمراض وبعض التشوهات الجسدية.

ومع التقدم المذهل في صناعة الأدوية وتقنياتها، تزايدت أنواع الأدوية المطروحة في الأسواق، وكثر الإقبال علي استعمالها، وظهر بين الناس من يدعي

معرفته الوثيقة بالطب والمداواة، ولذلك نجد الكثيرين يذهبون إلي الصيدليات للحصول علي الدواء بدون روشته طبية، فإذا كان القليل من الأدوية يستطيع الفرد أن يستعملها دون اللجوء إلي الطبيب، فإن هناك عدد كبير من الأدوية لا ينبغي أن يستعملها المريض إلا بعد استشارة الطبيب؛ لأن المريض إذا استعمل دواء دون روشته طبية، فان هذا الدواء قد يتعارض مع مرضه، أو قد يكون غير مناسب لسنه أو لوزنه أو لجنسه أو لحالته.

إضافة إلي ما سبق، هناك حالات كثيرة قد يتطلب الأمر فيها أن يعطي الطبيب المريض بعض النصائح بعدم تناول نوعيات من الأغذية أو الأدوية مع الدواء المطلوب لعلاج المرض، فالطبيب هو الشخص المخول بتحديد الجرعة المناسبة للمريض ووسيلة الاستعمال وعدد مرات تناول الدواء في اليوم الواحد والفترة الزمنية لاستكمال العلاج بعد الفحص الطبي الشامل، وربما تطلبت حالة المريض إجراء تحاليل معملية أو أشعة أو غير ذلك، حتى يستطيع الطبيب تحديد الدواء أو الأدوية المناسبة لعلاج المرض، فإذا كانت مخالفة بند واحد من هذه الإرشادات يمثل مشكلة علاجية أو خطورة علي صحة المريض، فإنه من البديهي أن تتضخم المشكلة وتتفاقم الخطورة إذا لم يؤخذ رأي الطبيب في العلاج.

وفي ضوء ذلك، يسعي هذا الفصل للتعرف علي مفهوم استهلاك الدواء وخصوصية والعوامل المؤثرة فيه.

أولاً- استهلاك الدواء والمفاهيم المرتبطة به :

إن في اهتمام كل علم بدراسة الاستهلاك محاولة للاستفادة من إسهام العلوم الأخرى، تلك الاهتمامات التي تكون عرضة للتغير عبر الزمن، وينطبق ذلك علي علم الاجتماع، حيث تعتمد النظرية الكلاسيكية في علم الاجتماع علي إسهامات كلٌ من: "فيبلن" (Veblen) حول الطبقة المترفة، وزيمل (Simmel) حول الموضة والمال، و"مالينوفسكي" (Malinowski) حول نظام الكولا عند التروبرياند، وبوس (Boas) حول الهدايا، و"ماركس"(Marx) حول التشيؤ وتسليع القيم والعلاقات، و"سمبارت" (Sombart) حول وسائل الترفيه، و"فيبر" (Weber) حول مكانة والأخلاق البروتستانتية [١].

وقد أكد "بيتر ساوندرز" (Peter Saunders) أن هناك ثلاث مصادر أساسية لظهور سوسيولوجيا الاستهلاك، يتمثل المصدر الأول في إسهام "مانويل كاستلز" (Manuel Castells) الذي ظهر في علم الاجتماع الحضري مهتما بقضايا الاستهلاك في المدينة، وما يرتبط بها من صراعات حضرية. أما المصدر الثاني يتحدد في النقد الذي وجهته قيادات الحركة النسائية إلي التحليلات الاقتصادية في مناقشة الاستهلاك وعلاقته بالعمل المنزلي. ويتحدد المصدر الثالث في علم اجتماع العمل والفراغ، بالإضافة إلي آراء "ساوندرز" نفسه: في أن علم الاجتماع يحتاج إلي بحث جديد أو أجندة تسمي اجتماعية الاستهلاك[٢].

لذا تعتبر دراسة السلوك الاستهلاكي إضافة جديدة إلى ميدان علم الاجتماع، وإذا كان الاهتمام السوسيولوجي بدراسة الاستهلاك لم يبدأ إلا من ثمانينات القرن الماضي، فإن الاهتمام بالاستهلاك كان من جانب علوم اجتماعية أخرى – خاصة

علمي النفس والاقتصاد- اهتماماً قديماً، ومن ثم فإن موضوع الاستهلاك من الموضوعات التي لا تعتبر حكراً على تخصص اجتماعي بذاته، بل تتنازعه تخصصات ثلاثة هي علم النفس وعلم الاقتصاد وعلم الاجتماع، ويمكن أن نضيف إلى قائمة التحصصات المعنية بدراسة الاستهلاك تخصص الخغرافيا البشرية، التي يطور المتخصصون فيها اهتماما بدراسة الاستهلاك ضمن اهتمامهم بدراسة العلاقة بين استهلاك الطعام وحجم السكان. وإذا كان اهتمام علم الاجتماع بموضوع الاستهلاك قد بدأ في السنوات الأخيرة، فإنه لم يبدأ من فراغ، وإنما تأسس على ما سبقه من إسهام العلوم الاجتماعية الأخرى.[٣] وفيما يلي عرض مختصر لمفهوم استهلاك الدواء والمفاهيم المرتبطة به.

١ - مفهوم الاستهلاك:

حظي موضوع الاستهلاك في الآونة الأخيرة باهتمام علمي واسع، ولم يأت هذا الاهتمام كنتيجة لاهتمام الدول والهيئات الدولية فحسب؛ بل كنتيجة لزيادة معدلات الاستهلاك وتأثيرها علي معدلات التنمية، وإفرازه ثقافة استهلاكية أصبحت خطاباً يومياً بين الأسر، فلقد تحول الاستهلاك إلي لغة عالمية، أصبحت جزءاً لا يتجزأ من تفاعلات الأفراد في حياتهم اليومية.

ففي ظل هذه التغيرات كثرت الاجتهادات وتنوعت الآراء بشأن مفهوم الاستهلاك، وكلٌ قد اجتهد في إيجاد صيغة ملائمة أو تصور متطور؛ بهدف الوصول إلي مفهوم محدد بشأنه، فلكل منهم تعريفه الخاص به، فمنهم من ركز فيه على جانب معين رأى أنه الأهم في تعريفه للاستهلاك، ومنهم من نظر إليه بوجه عام، و يرجع هذا الاختلاف إلى تنوع استخدامه في العلوم الاجتماعية، وفي ضوء هذا الاختلاف

سنتناول مفهوم الاستهلاك في ضوء أبعاده الاقتصادية والاجتماعية والثقافية علي النحو الآتي:

أ- المفهوم الاقتصادي للاستهلاك:

يقصد بالاستهلاك كاصطلاح اقتصادي: "استخدام المنتجات واستنفاذها في إشباع حاجات الإنسان إشباعًا مباشراً". ومن ناحية أخرى يطلق عليه: " ذلك الجزء من دخل الفرد أو الدخل القومي الذي ينفق على الاستهلاك، ويكون الجزء المتبقي من الدخل بعد ذلك هو ادخار الفرد أو البلد" (٤). وبذلك يحمل تعريف الاستهلاك اقتصادياً شقين؛ **الأول:** "استخدام السلع بغاية الإشباع المباشر"، و**الثاني:** "إنفاق الأموال على الاستهلاك".

حيث تركز موسوعة "المعارف الأمريكية" على الشق الأول، حيث أشارت إلى أن الاستهلاك اقتصادياً يعني: "إنهاء الاستعمال أو الاستخدام النهائي للسلع والخدمات".(٥) وأكدت "الموسوعة الاقتصادية" علي نفس المعني في أن الاستهلاك يعني "تدمير أو إهلاك السلع والخدمات المنتجة، وذلك عن طريق الاستعمال، وقد يتم هذا الإهلاك بعد الحصول عليه مباشرةً: كالمواد الغذائية، أو بعد انقضاء وقت من حصول المستهلك عليها أو امتلاكها: كالسلع المعمرة"(٦). وهذا ما ذهب إليه "طاهر حيدر" في أن الاستهلاك: "هو الاستعمال النهائي للسلع والخدمات لإشباع حاجة ملحة أو ما يفني السلع في المرحلة الأخيرة".(٧) كما أكد "ضياء الدين زيتون" في أن الاستهلاك يعني "الاستنفاذ النهائي لمنافع السلع والخدمات"(٨).

بينما تركز موسوعة "كتاب العالم"على الشق الثاني : وهو إنفاق الأموال على الاستهلاك، حيث ترى أن الاستهلاك في علم الاقتصاد هو "

كمية الأموال التي يتم إنفاقها على البضائع والخدمات خلال فترة محددة "[٩].
ويتفق معها "طارق الحاج" في أن الاستهلاك: "هو الجزء المستقطع من الدخل الكلي، والذي يتم إنفاقه على السلع والخدمات التي تشبع رغبات وحاجات الفرد [١٠].

وأشار "آدم سميث" (Adam Smith) الاستهلاك هو الهدف النهائي لكل أنواع الإنتاج، وان كل العمليات الاقتصادية كالإنتاج، والتبادل، والتوزيع تهدف في النهاية إلى الاستهلاك [١١].

ومما سبق يتضح أن التعريفات السابقة تركز في تعريفها للاستهلاك اقتصادياً على شقين، **الشق الأول**: ويتمثل في الإفناء المادي للأدوية والأعشاب وخدمات الرعاية الصحية نتيجة لاستخدامها في علاج الأفراد. و**الشق الثاني**: ويركز على الإنفاق الاستهلاكي، الذي يعني الاستحواذ علي الأدوية والأعشاب وخدمات الرعاية الصحية أي انتقالها من حوزة الطبيب أو المعالج أو الصيدلي إلى حوزة المستهلك مقابل دفع ثمنها.

وبالتالي يعبر الشق الأول عن استخدام الأدوية والأعشاب بغية العلاج، بينما يعبر الشق الثاني عن الأموال التي تنفق علي العلاج وشراء الأدوية وخدمات الرعاية الصحة.

ب- المفهوم الاجتماعي – الثقافي للاستهلاك:

يعد الاستهلاك بمعناه الاجتماعي ظاهرة عامة لدى كل المجتمعات، وهو مفهوم أكثر اتساعاً من مجرد إشباع الحاجات البيولوجية، بل له عدد محدد من الوظائف الاجتماعية في كل الثقافات، فإعداد الطعام واستهلاكه يرتبط بالنسبة لبعض

الشعوب بقيم جمالية –تذوقية وفنية–، وعند البعض الآخر دليل على المكانة خاصة في الثقافات التي بها فائض إنتاجي سواء لدى الشعوب البدائية أو المعاصرة. وهذا يعني أن للاستهلاك جوانب مادية ومعنوية، وجوانب منظورة وغير منظورة، فالأفراد يستهلكون السلع المادية وكذلك الصور والمعاني المرتبطة بها، كما أنهم يتخذونها رموزاً يتخاطبون بها خطاباً صامتاً في الحياة اليومية، ويشكل هذا الجانب البعد المعنوي غير المنظور للاستهلاك، وهو البعد الذي يعطي صورة أشمل لظاهرة الاستهلاك ويكشف عن أبعادها المختلفة.[١٢]

والاستهلاك في تعريف "موسوعة العلوم الاجتماعية" يعني: "استخدام السلع والخدمات، وهو استخدام يفترض أنه يختلف من فترة إلى أخرى ومن فرد إلي آخر ومن فئة اجتماعية إلى أخرى. ويفسر هذا الاختلاف في الاستهلاك من خلال مفهوم آخر هو مفهوم مستويات الاستهلاك: وهو يشير إلى الأهداف التي يسعى الأفراد إلي تحقيقها فيما يتصل بالاستهلاك، وهي الأهداف التي تحدد الطريقة التي تنفق بها الأسرة نقودها"[١٣]. ويرتبط هذا الاختلاف بعوامل داخلية وعوامل خارجية خاصة بكل فرد وفئة اجتماعية، قد تكون عوامل اقتصادية أو اجتماعية أو ثقافية أو نفسية أو تسويقية.

بينما تركز "موسوعة الانثروبولوجيا الاجتماعية والثقافية" على بعد الاستفادة من استخدام السلع والخدمات، فترى أن الاستهلاك: "هو الاستخدام المفيد للناس للأغراض المرتبطة بهم، وهذا الاستخدام يمكن أن يكون عقلياً أو مادياً ، أما الأغراض فقد تكون أشياء ملموسة أو أفكار أو علاقات، بينما الارتباط يتدرج من الملكية إلي التفكير".[١٤]

وبالنظر إلى هذا التعريف نجده لا يقتصر فقط علي بعد الاستفادة المادية والمعنوية من استخدام الأدوية والأعشاب؛ بل تكوين ارتباط عقلي مع أنواع معينة من الأدوية والأعشاب والمستحضرات الطبية، وإن هذا الارتباط تقوم به وسائل الإعلام وشركات الدعاية والإعلان.

وبناءً علي ما سبق، فإن المفهوم الاجتماعي والثقافي للاستهلاك يختلف عن المفهوم الاقتصادي، حيث يركز على نوعية الاستفادة من الاستهلاك والطريقة التي يتم بها الاستهلاك، وارتباط الاستهلاك بالوضع الاجتماعي والمكانة الاجتماعية للمستهلك.

إذن نستخلص مما سبق ذكره أن تلك المفاهيم قد اتفقت في عدة عناصر مشتركة، تساعد على فهم المفهوم بشكل أكثر عمقاً وهى:

- اختيار مجموعة من السلع والخدمات أو الأغراض.
- استخدام هذه المجموعة من السلع والخدمات.
- الحصول على منفعة نتيجة استخدام هذه المجموعة من السلع والخدمات.

ومن هنا يمكن تعريف **الاستهلاك** بأنه " الاستخدام المادي والمعنوي للسلع (الأدوية والأعشاب) والخدمات والأساليب العلاجية لإشباع حاجات صحية وبيولوجية واجتماعية وثقافية ونفسية مع مراعاة الجوانب النسبية المرتبطة بالمكان والزمان والإطار القيمى والثقافي الخاص بكل أسرة".

٢ - مفهوم ثقافة الاستهلاك:

ينبع مفهوم ثقافة الاستهلاك من مفهوم الوعي والرشد الاستهلاكي، حيث يعني الوعي في اللغة:"الفهم وسلامة الإدراك"[١٥]. بينما يعني الرشد الاستهلاكي:

"الاستخدام الأمثل للمال وسد الحاجات والتوازن والاعتدال في الإنفاق والاستقامة في تحقيق مصلحة الإنسان وعدم البغي أو الشطط في البذل، والاستقامة على الحق، والهداية إلى طريق الرشد والخير والصلاح"[١٦].

ومن هذا المنطلق، تعرف "آمال عبد الرحيم" ثقافة الاستهلاك بأنها: "المعرفة المكتسبة من مصادر مختلفة بخصوص حصول كل فرد في المجتمع على احتياجاته المثلى من السلع والخدمات دون زيادة أو نقصان كل وفقاً لجنسه وعمره ونوع العمل الذي يؤديه على أن يكون ذلك في حدود الموارد المتاحة"[١٧].

بينما تعرفها "بوتقرابت رشيد " بأنها: "معرفة الفرد المادة المستهلكة وخصوصيتها وأصل إنتاجها وطريقة استهلاكها وبالتالي الوعي الفردي والاجتماعي بها"[١٨].

ومن هنا يمكن تعريف "ثقافة الاستهلاك" بأنها "معرفة الفرد ووعيه المكتسب من مصادر مختلفة بالمادة المستهلكة وخصوصيتها وأصل إنتاجها وطرق استخدامها، لإشباع حاجات صحية وبيولوجية واجتماعية وثقافية ونفسية مع مراعاة الجوانب النسبية المرتبطة بالمكان والزمان والإطار القيمى والثقافي الخاص بكل أسرة.

٣ - مفهوم الثقافة الاستهلاكية :

تعرف الثقافة الاستهلاكيّة في اللغة: "بأنها ثقافة غير متأصِّلة قوامها استعراض المعلومات"[١٩]. لذا يري "الجابري" أنها: ثقافة إشهارية إعلامية سمعية وبصرية تصنع الذوق الاستهلاكي، تقدمها العولمة بديلاً من الصراع الأيديولوجي، لاختراق الهوية الثقافية للأفراد والأقوام والأمم وتسطيح الوعي بهدف تكريس نوع معين من الاستهلاك لنوع معين من المعارف والسلع والبضائع[٢٠].

ومن هذا المنظور، يري "باربر" أنها: ثقافة دارجة كونية تحركها التجارة التوسعية، طابعها الترف، وقالبها أمريكي، وسلعها الصور والمعدات، وهي واقع وهمي خلقته شبكات المعلومات(٢١).

وأشار "احمد مجدي حجازي" إلي أن الثقافة الاستهلاكية: "نظام معرفي مخطط يهدف إلى تغيير الفكر لتقبل مخرجات السوق والسلع المتداولة فيه، بالاعتماد على وسائل عدة من أهمها: المعلوماتية وتكنولوجيا الاتصال والوسائط الإعلامية المسموعة والمرئية إلى جانب دراسة الثقافة والشخصية للجمهور المستهلك"(٢٢).

ويري أنها ثقافة من صنع المجتمعات الغربية الرأسمالية، تم تصنيعها والترويج لها بذكاء تقنى، على قاعدة ثابتة تشير إلى أن الناس في كل مكان قادرون على الاستهلاك، وهى ثقافة خطط لها بوعي وتم دعمها بأساليب متنوعة وبفكر عملي وبعقلانية ربحية ظهرت بوضوح فى توسيع دائرة الإنتاج وتعميم ثقافة التعطش لاقتناء كل ما هو معروض من سلع، وهى ثقافة تحمل رموزا وأفكارا وقيما كفيلة بتبرير وتدعيم النزعة إلى الاستهلاك والرغبة فى البحث – بشغف – عن كل ما هو متداول في الأسواق، فهي تستخدم أساليب متعددة لتحريك الرغبات والطموحات والأحلام؛ وهذا هو السبب الرئيس في تسميتها الثقافة الاستهلاكية(٢٣).

بينما يعرفها "احمد زايد" بأنها: "مجموع المعاني والرموز والصور التي تصاحب العملية الاستهلاكية، بدءا من تبلور الرغبة الاستهلاكية، مرورا بالاستهلاك الفعلي وانتهاء بما بعد الاستهلاك".(٢٤)

ويؤكد " احمد زايد" أن مفهوم الثقافة الاستهلاكية بهذا المعني يرتبط بمجموعة آخري من المفاهيم مثل النزعة الاستهلاكية: التي تعني تحول معاني ورموز

الاستهلاك إلى هدف في حد ذاته، وذلك تحت تأثير الانتشار السريع لثقافة الاستهلاك وتحولها من خلال وسائل الاتصال الجماهيري إلى ثقافة جماهيرية، ومن هذه المفاهيم أيضا مفهوم أسلوب الحياة الذي يشير إلى أنماط محددة وواعية من التفضيلات تميز السلوك الاستهلاكي وتضفي عليه طابعا أسلوبيا متميزا، ومن هذه المفاهيم مفهوم رموز الاستهلاك والتي تشير إلى تحول الاستهلاك إلى لغة أشبه بلغة الحياة اليومية يخاطب بها الأفراد بعضهم البعض ويكونون من خلالها رصيدا رمزيا يحدد مكانة الأفراد ونطاق تفاعلهم. ومن هذه المفاهيم أيضا مفهوم استهلاك الصور حيث يرتبط استهلاك سلعة معينة بصورة ذهنية معينة تلتصق بهذه السلعة من خلال أسلوب العرض أو تكرار الدعاية والإعلان عن هذه السلعة. [٢٥]

وترتبط هذه المفاهيم ترابطا وثيقا في بوتقة واحدة هي بوتقة الثقافة الاستهلاكية، فالنزعة الاستهلاكية أقرب إلى الثقافة الجماهيرية التي تتسرب إلى الأفراد من خلال وسائل الاتصال، ولذلك فإن عملها وتأثيرها سابق على كل استهلاك، أما أسلوب الحياة الاستهلاكي فإنه يشير إلى الاستهلاك كما هو قائم بالفعل، أما رموز الاستهلاك ووظائفه فتأتي بعد أن يكون الاستهلاك قد تم بالفعل ليحقق أهدافه الاجتماعية والثقافية، لذا يعد التحديد الإجرائي لهذا المفهوم أمر صعب؛ وذلك لأنه أكثر ارتباطاً بالبناء الداخلي للأفراد[٢٦].

ويعرف "سعيد المصري "الثقافة الاستهلاكية بأنها: "كافة المعاني والرموز والتصورات الدافعة للاستهلاك، والمصاحبة للاستهلاك من خلال تمثلها في وعي المستهلكين وإدراكهم لأنفسهم وعلاقتهم بغيرهم، وكذلك المعاني والرموز والصور العالقة بأذهان الناس عقب الاستهلاك، وخصوصا فيما يتعلق بارتباط السلع

بالمكانة"[٢٧].

فهي ليست ثقافة تحمل مظاهر ثقافات الشعوب التقليدية من قيم واعتقادات وفنون، بل تعني بالدرجة الأولي الجوانب الغريزية بالإنسان وبالمظاهر والكماليات والشكلية التي تحدد قيمة الإنسان بمقدار ما يقتنيه من أشياء مادية أو معنوية، فهي تعمل علي تحويل جميع مظاهر الثقافة الإنسانية إلي سلع استهلاكية.

كما عرّفت "سماح حسين" الثقافة الاستهلاكية بأنها: "عملية إهلاك القيمة الاستعمالية، وتتجلي إما بصورة تجديد أو تحوير المادة الاستهلاكية لأشكال جديدة ومغرية للاستهلاك في إطار عملية الإنتاج، أو شكل إهلاك محض بفعل الاستعمال لحظة التملك بهدف تلبية الحاجات أو شراء شيء أو خدمة ما واستعمالها".[٢٨]

علي حين يري "فيرونيك أبو غزاله" أن الثقافة الاستهلاكية هي: "ثقافة مادية تركزّ على استهلاك السلع بشكل مُسرِف وتجعل من الاستهلاك نشاط يطغى على كلّ الأنشطة الأخرى في الحياة". [٢٩]

وهذا ما ذهب إليه " Baker " حيث رأي أن في ظل الأنشطة التسويقية تحولت الثقافة إلي سلعة من خلال الإعلان والموضة وشعائر أو طقوس المستهلك، حيث تُحرك بضائع المستهلك من خلال الإعلان والموضة، وتُحرك معاني الاستهلاك من خلال طقوس المستهلك.[٣٠] التي اخترعها رجال التسويق من أجل نقل المعاني الثقافية الهامة من المنتجات إلي المستهلك مثل: تطوير بعض محلات الملابس التسويق المعقد وطقوس المشتري لزبائنهم الأثرياء، وذلك بالعرض في غرفة خاصة وتقديم القهوة، وعرض مجموعة خاصة من الأزياء عند تناول العشاء في مطعم جيد، يشارك الناس في طقوس عدة لنقل معاني معينة، مثل جلوسهم بجوار الجرسون أو

التحدث مع مقدمي الخمور واستخدام الفضيات والأكواب المختلفة وتناولهم كل طبق علي حدة.[٣١]

والملاحظ علي التعريفات السابقة يجدها قد انطلقت في تعريفها للثقافة الاستهلاكية من وجهة نظر"Parrillo" القائلة بأن تغلغل الرأسمالية في دول العالم الثالث أدي إلي تحولت شخصية الفرد من منتج إلي مستهلك، وأصبح تقييم شخصية الفرد تبعاً للرواج بين الآخرين، وتحولت عملية الإنتاج إلي عملية أعادة الإنتاج – أي تهذيب المنتجات بدلاً من إشباع الحاجات الأساسية – وسعي الإعلان إلي خلق حاجات زائفة لدي الجمهور ليس فقط للبضائع؛ بل للخبرات والإشباع الشخصي.[٣٢]

ومن هذا المنطلق، فقد أوجد انتشار الثقافة الاستهلاكية من مركز النظم الرأسمالية إلى محيطات العالم الثالث أيديولوجية استهلاكية قوامها النظر إلى الاستهلاك كهدف في حد ذاته وربطه بأسلوب الحياة، وبأشكال التميز الاجتماعي، الأمر الذي جعل الناس يتدافعون نحو الاستهلاك بغض النظر عن حاجاتهم الفعلية.

وبالرغم اختلاف وجهات نظر العلماء والباحثين حول تحديد مفهوم الثقافة الاستهلاكية إلا أن "حجازي" [٣٣] قد حدد أهم ملامح وأهداف هذه الثقافة في أنها:

- من صنع قوى تملك الوسائل الدعائية للتأثير والترويج والترغيب.
- تخلق جوانب المتعة في الشراء وحب التملك والتعطش إلى التسوق والبحث عن مكانة اجتماعية مفقودة.
- تستخدم المعاني والصور والرموز، كالموسيقى والغناء والفيديو كليب، بهدف نشر ثقافة الاستهلاك وإسباغ أسلوب مميز عليها يرسخ النزعة نحو الاستهلاك والرغبة في الشراء، وهى في ذلك تتجاوز الدرس الاقتصادي التقليدي الذي كان يركز على

معايير الجودة والثمن كشرطين أساسيين في فهم عمليات الإنتاج والتسويق.

- تخدم حضارة السوق والقوى الرأسمالية العملاقة، وتشكل تحديات كبرى ومؤثرا سلبيا على اقتصاديات الدول المعتمدة على استيراد السلع المنتجة في الدول المتقدمة.
- تخلق تطلعات ونزعات استهلاكية بلا حدود معتمدة في ذلك على الترغيب والتشويق، وكذا الإجبار والقهر كأساليب تستند على مقولة "محاكاة الغير والرغبة في تقليد الآخر"، وتوظيف الخصوصيات الثقافية الكامنة والراسخة في عادات الشعوب وتقاليدها.
- تعمل على تقديم نوع من الإحساس بالتميز والتفوق للمستهلك فيصبح الهدف هو امتلاك السلعة بغض النظر عن الحاجة إليها، وتدريجيا يتعود المستهلك على متابعة حركة السوق والرغبة فى الشراء ويبحث عن أقصر الطرق للحصول على كل ما هو جديد من سلع معروضة أو معلن عن طرحها في الأسواق فيهرول إليها مما يؤدى إلى إصابته بحالة تشبه الإدمان.
- تعمل على تسكين وبقاء المستهلك فى دائرة الاستهلاك والجوع إلى التسوق.
- تملك وسائل عدة للضغط، وأساليب متباينة للقهر، مما يجعل المتطلعين إلى الاستهلاك راغبين فيه وباحثين عنه ومتعطشين إليه.

وتأسيساً علي ما سبق، أتفق مع "حجازي" في تعريفه "للثقافة الاستهلاكية" بأنها: "نظام معرفي مخطط يهدف إلى تغيير الفكر لتقبل مخرجات السوق والسلع المتداولة فيه، بالاعتماد على وسائل عدة من أهمها المعلوماتية وتكنولوجيا الاتصال والوسائط الإعلامية المسموعة والمرئية إلى جانب دراسة الثقافة والشخصية للجمهور المستهلك".

وهذه الثقافة في ضوء القضية المثارة تظهر في أساليب العلاج وبعض الأدوية المرتبطة بوسائل الإعلام وخاصة بعض الأعشاب والأدوية الجنسية وأدوية التخسيس، وغيرها بهدف تعزيز صور الجسد الجميل لدفع النشاط الاستهلاكي والإنفاق المفرط في استخدام سلع وخدمات الجمال والأناقة لتحقيق قدر من الجمال علي حساب الصحة، ويمكن تفسير انتشارها وسيطرتها في ضوء نظرية البنية، علي عكس ثقافة الاستهلاك المبنية علي المعرفة والوعي التي يتم اكتسابها، يمكن تفسيرها في ضوء نظرية الفعل، وهذا ما سنتحدث عنه بالتفصيل في الفصل الثالث.

٤ - مفهوم الدواء والعقار:

كثيرا ما يحدث لبس بين الدواء أو المستحضر الدوائي وبين العقار، فالدواء قد يكون مركبا من عقار واحد أو أكثر، وتصاغ العقاقير في شكل مقبول للمريض يعرف بالمستحضر الدوائي أو الدواء، أما العقار فهو المادة الفعالة في المستحضر الدوائي، وقد يكون العقار من أصل نباتي أو حيواني أو معدني أو مشيدا تشييدا كيميائيا[٣٤].

ومن هذا المنظور، يرى "شحاته قنواتي" أن الدواء يقابله في الصيدلة كلمة عقار وجمعها عقاقير. وكلمة عُقار (بالضم لا بالفتح كما هو شائع) معناها أصول النبات "لأن أساس الأدوية عند الشرقيين كانت أصول الأعشاب. وقد اتسع بعد ذلك معنى هذه الكلمة فدلت علي جميع أجزاء الأعشاب المستعملة للعلاج ثم ضمنت الأدوية الحيوانية والنباتية[٣٥].

ويرى " تشارلز وريتشارد" أن كلمة عقار "Drug" مشتقة من الكلمة الفرنسية Drogue وتعني العشب الجاف. وهذا يعكس استخدام الأعشاب في العلاج المبكر[٣٦].

ويري "رياض العلمي" أن الدواء في أبسط تعريف له يعني: "أي مادة تستعمل في تشخيص أو معالجة الأمراض التي تصيب الإنسان أو الحيوان أو التي تفيد في تخفيف وطأتها أو الوقاية منها"[٣٧].

ويضيف "بسام الحلاق وربي السعيد" لهذا التعريف بعد التأثير فيعرفا الدواء بأنه: "هو كل مادة أو مجموعة مواد تستعمل في تشخيص الأمراض أو شفائها أو تخفيف آلامها أو الوقاية منها، وتشمل المواد التي تؤثر في بنية الجسد أو وظائف".[٣٨]

لذا ترى "حسنية موسى" أن مصطلح الدواء يطلق علي أي مادة كيميائية قادرة علي إحداث استجابة حيوية، وتستخدم في العلاج أو التشخيص أو الوقاية أو تغيير وظيفة من وظائف الجسم أو الحد من الألم أو فعل المخدرات أو المكيفات بما في ذلك الكحل والتبغ. وقد يظهر تأثير الدواء في صورة تغيرات عضوية أو نفسية أو تعويض بعض عناصر الجسم أو مركباته الناقصة[٣٩].

ويؤكد " حسام الدين أبو السعود " في تعريفه للدواء علي طرق التأثير فيرى أن الأدوية هي "مركبات كيميائية لها القدرة علي القيام بعمل داخل الجسم، وهو ما يسمى بالتأثير الفارماكولوجي للدواء، وبطرق عدة سواء عن طريق قتل البكتريا أو إيقاف نشاطها أو التأثير علي بعض الإنزيمات والهرمونات داخل الجسم أو زيادة مناعة الجسم أو خفض هذه المناعة...الخ"[٤٠].

بينما يركز "عبد الرحمن عقيل" في تعريفه للدواء علي ما يحدثه الدواء من تأثيرات وتغيرات في بناء ووظيفة الأعضاء، أو في الوظائف النفسية والسلوكية والمزاجية، فيعرف الدواء بأنه: أي مادة كيميائية تحدث تغيرا في وظائف وأجهزة

الجسم عندما تجد طريقها إلي هذه الأجهزة، أو تقضي علي الكائنات الحية الدقيقة أو الطفيليات التي تسبب الأمراض أو تحد من نشاطها، وقد يظهر تأثير الدواء في تغيرات عضوية أو نفسية، وقد يؤدي هذا التأثير إلي تنشيط أو تثبيط حيوية بعض خلايا الجسم أو خلاياه. وفي حالة نقص بعض عناصر الجسم أو مركباته، يكون الدواء بمثابة تعويض عن هذا النقص مثلما يحدث في حالة نقص الفيتامينات أو الهرمونات أو الأملاح(٤١)..

ويضيف "عز الدين الدنشاري" إلى التعريفات السابقة وظيفة جديدة للدواء ألا وهي تعطيل وظيفة طبيعية، حيث يعرف الدواء بأنه: "مادة تستخدم لعلاج المرض أو الوقاية منه، وقد يستخدم الدواء لتشخيص الأمراض أو إحداث تخدير عام أو موضعي لإجراء العمليات الجراحية أو تسكين الآلام، كما يستخدم لأغراض أخرى لا تتعلق بالمرض أو العمليات الجراحية، مثل تعطيل وظيفة طبيعية كالحمل أو لمنع نزول دم الدورة الشهرية"(٤٢).

ويضيف "محمد رءوف حامد" بُعد الملكية الفكرية والابتكار الدوائي إلي التعريفات السابقة للدواء فيرى أن الدواء هو "أي مادة مدرجة في دستور للأدوية أو موجودة في منتج صيدلي ويكون من شأن استخدامها تغيير أو استكشاف نظم فسيولوجية أو حالات مرضية لصالح متلقيها(٤٣).

ومن هذا المنطلق، يعد الدواء من أهم السلع الاستهلاكية الضرورية بعد الغذاء؛ لحفظ حياة الإنسان والتخفيف من معاناته ورفع مستوى الصحة العامة في المجتمعات، والمحافظة على قدرات الأفراد في الإنتاج والتشغيل؛ حيث إن غياب الصحة يبعد الفرد المنتج عن العمل، والدواء يعمل علي إعادة الأفراد المرضي إلي

سوق العمل.

إلا أن للدواء خصوصيةً تختلف عن باقي السلع الاستهلاكية الأخرى، فاستهلاكه غير مرتبط بقاعدة العرض والطلب، كما لا يتحدد الطلب عليه بمستوى سعر معين، بل أن الطلب علي استهلاك الدواء غير قابل للإرجاء أو التريث بغض النظر عن أوضاع المريض المادية أو أسعار الدواء، فالمريض يريد الدواء بوقت معين بجرعات محددة وبفاعلية ثابتة مهما اختلفت أشكاله الصيدلانية أو تنوعت، ومهما اختلفت مصادر المادة الفعالة أو مكان الإنتاج، ويتساوي في ذلك جميع المرضي في أنحاء العالم. [٤٤]

ومن هنا يري " محمد رءوف حامد " أن للدواء ثلاثَ خصوصيات رئيسية تتمثل في[٤٥]:

- الخصوصية الأولى: وهي أن الطبيب أو المعالج هو صاحب الاختيار الأول وليس المستهلك.
- الخصوصية الثانية هي أن الدواء سلعة لا يمكن لمن يحتاجها أن يستغني عنها.
- الخصوصية الثالثة هي أن الدواء سلعة توجد على الدوام منذ عرفها الإنسان، ولم تتوقف الحاجة إليها قط، وهي تتطور باستمرار لزوم الحصول على علاج أحسن، وكذلك لزوم المجابهة العلاجية لمستجدات مرضية جديدة.

لذا يرى جوسيلن "Gosselin" أن الأدوية هي "سلع استهلاكية موجهة"، حيث أن مبيعاتها تصرف بوصفة طبية تنتج من الطلب المشتق، بمعنى أن مبيعات تلك الأدوية لا تعتمد علي خيار المستهلك النهائي، وإنما علي الطبيب، فهو الشخص

الذي يحدد نوعية وكمية وتركيبة الدواء "اسمه وعلامته التجارية" وما علي المريض "المستهلك النهائي" إلا الانصياع لتعليمات الطبيب المعالج(٤٦).

وبناءً عليه، فإن هناك عوامل تؤثر علي الطبيب عند تقديم الوصفة الطبية وليس علي المريض، من أبرزها: التخصص الأساسي، ونوع الممارسة ومكانها، والمنطقة الجغرافية، ونوع النشاط، ومكان التخرج، والعوامل الديموجرافية "العمر، السن،...".(٤٧)

ونستخلص مما سبق أن تلك المفاهيم قد اتفقت في عدة عناصر مشتركة، تساعد على فهم المفهوم بشكل أكثر عمقاً وهى:

- أن الدواء مادة يتناولها الإنسان.
- أن الدواء يستخدم بهدف العلاج أو التشخيص أو الوقاية .
- أن الدواء يحدث تأثيرات وتغيرات في بناء ووظيفة الأعضاء.

ومن هنا يمكن تعريف الدواء بأنه: " كل مادة يتناولها الإنسان بأي صورة من الصور (صلبة أو سائلة أو غازية) وبأي طريقة (بالفم أو الحقن أو الاستنشاق أو التدخين) وأياً كان مصدرها (طبيعياً أو تخليقياً)، بهدف العلاج أو التشخيص أو الوقاية، وتؤدي إلى تغيرات في هذا الكائن سواء كانت تغيرات تركيبية بنائية، أو تغيرات وظيفية في جزء معين من الجسم أو في الجسم كله، وتشمل هذه التأثيرات التغيرات الجسمية والنفسية والسلوكية والمزاجية ".

٥ - مفهوم الثقافة الدوائية :

تعرف كلمة الثقافة في معاجم اللغة بدلالات تعني الذكاء والدقة في استقبال المعرفة والحذق والمهارة في العلم والمعرفة والصناعة وتقويم المعوج وتسويته، ومن هذا المنطلق عرف المعجمُ الوسيط الثقافة على أنها "ثقف صار حاذقا فطنا، فهو ثقف. وثقف الشيء : أقام المعوج منه وسواه. وثقف الإنسان: أدبه وهذبه وعلمه. والثقافة: هي العلوم والمعارف والفنون التي يطلب فيها الحذق(٤٨).

وجاء في معجم مفردات الراغب الأصفهاني "الثقْفُ: الحذق في إدراك الشيء وفعله ومنه استعير المُثاقفة، ويقال ثقف كذا: إذا أدركته ببصرك لحذق النظر، ثم يتجوز به فيستعمل في الإدراك وان لم تكن معه ثقافة".(٤٩)

وبالنظر إلي كلمة "ثقافة" في الكتابات الأنثروبولوجية نجدها قد استخدمت بمعنى واسع، حيث اشتملت علي كل إنجازات العقل البشري بل وكل ما يصدر عن الإنسان من قول أو فعل أو فكر، وكذلك ما اكتسبه الإنسان من عادات وتقاليد وأساليب للسلوك وقيم تسود في المجتمع الذي نعيش فيه. فلقد ارتبط مفهوم الثقافة وتميز بصورة واضحة بتعريف "ادوارد تايلور" في كتابه الثقافة البدائية، حيث يعتبر هذا التعريف من أقدم التعريفات وأشملها" (٥٠). حيث عرف "تايلور" الثقافة بأنها: "ذلك المركب الكلي الذي يشتمل على المعرفة والمعتقد والفن والأدب والأخلاق والقانون والعرف والقدرات والعادات الأخرى، التي يكتسبها الإنسان بوصفه عضواً في المجتمع"(٥١).

وبذلك يؤكد تايلور علي أن الثقافة تشتمل على جوانب مادية لا يكتمل فهمها إلا بفهم الجوانب المعنوية المتصلة بها، أما العناصر المادية فتتجلى في الفنون،

والعناصر المعنوية تتجلي في المعتقدات، العرف، العادات وهذه العناصر لا تعمل متفرقة وإنما تشكل وحدة مترابطة ومتكاملة، فالثقافة لا تتكون من وحدات جزئية متفرقة من الفكر والإنتاج الإنساني، وإنما تمثل وحدة مترابطة ومتماسكة أساسا، فالأشياء أو المكونات المادية كالأدوية والأعشاب الطبية على سبيل المثال ترتبط ارتباطا وثيقا بالعناصر غير المادية، كأساليب العلاج المختلفة، والتي توسع من دائرة الثقافة الدوائية لتشمل أساليب العلاج والمعرفة والوعي المصاحب لعملية الاستهلاك المادية للأدوية والأعشاب، وتظهر هذه الأساليب العلاجية والمعرفة والوعي في ثلاثة مستويات أو ثلاث مراحل هي ما قبل العملية الاستهلاكية، وأثناء الاستهلاك الفعلي، وما بعد الاستهلاك.

وبناء عليه، فإن الثقافة الدوائية عبارة عن مجموعة من المعلومات والبيانات التي ترتبط بالاستخدام الأمثل للدواء، وهذا الاستخدام يقتضي وعي صحي من جانب الأفراد أي: إلمام الأفراد بالمعلومات والحقائق الصحية، وإحساسهم بالمسؤولية تجاه صحتهم وصحة أسرهم، وهو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم، والإقناع، وتحول تلك الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير"[٥٢]. إذًا فالثقافة معلومات نظرية، أما الوعي فممارسة سلوكية نتيجة الفهم والاقتناع.

وفي ضوء ذلك، تعرف "سهام كامل وآخرون" الثقافة الدوائية بأنها: "رفع مستوى الوعي الدوائي فيما يتعلق بالمخاطر التي يمكن أن تنجم عن الاستخدام الخاطئ للدواء والتداوى بالأعشاب، وتصحيح بعض العادات السلبية المتعلقة بالمداواة الذاتية وتخزين الأدوية في المنازل ومراقبة تواريخ إنتاج الدواء وانتهاء الصلاحية" [٥٣].

ومن هنا يمكن تعريف الثقافة الدوائية بأنها: " مجموعة المعارف والأفكار التي يكتسبها الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية تتمثل في أساليب العلاج ومعرفة المستلزمات التابعة له والرموز والمعاني التي يحملها، والتي تستدعي معرفة الأسر بالاستخدام الأمثل للدواء من حيث جودته ونوعيته وبلد تصنيعه وطرق استخدامه ومدى فاعليته والمفاضلة بين أنواعه وكيفية تخزينه ومراعاة فترة الصلاحية، وكذلك مدى إتباع إرشادات الطبيب أو المعالج بالوقت المحدد لاستخدام الدواء ومدى التقيد بالجرعة،. وكل المواصفات الأخرى المرتبطة به".

٦ مفهوم ثقافة استهلاك الدواء:

تأسيسًا على سبق يمكن القول بأن "**ثقافة استهلاك الدواء**" تعني "معرفة الفرد ووعيه المكتسب من مصادر مختلفة؛ بما يستخدمه من أدوية وأعشاب وخدمات وطرق وأساليب علاجية، لإشباع حاجات صحية وبيولوجية واجتماعية وثقافية ونفسية، بدءً من تبلور الرغبة في العلاج، مرورا بالاستخدام الفعلي للدواء وانتهاء بما بعد الاستخدام، مع مراعاة الجوانب النسبية المرتبطة بالمكان والزمان والإطار القيمى والثقافي الخاص بكل أسرة، والذي يتجلي في أساليب العلاج المختلفة".

ويتضح مما سبق، أن ثقافة استهلاك الدواء تمر بثلاث مراحل علي النحو الأتي:

- المرحلة الأولي: وهي مرحلة ما قبل العملية الاستهلاكية، وتتمثل في: الاستجابة للرعاية الطبية واختيار أسلوب العلاج.
- المرحلة الثانية: وهي مرحلة الاستهلاك الفعلي وتتمثل في المعرفة الدوائية ومصادرها.
- المرحلة الثالثة: وهي مرحلة ما بعد الاستهلاك وتتمثل في الوعي الدوائي أي:

الممارسة السلوكية نتيجة الفهم والاقتناع.

ثانياً: خصوصية استهلاك الدواء.

يعتبر الدواء سلعة ذات أهمية وخصوصية كبيرة في حياة الناس، فمن خلال هذه السلعة يحصل أفراد المجتمع على إحدى وسائل الرعاية الصحية، وبما أن أثمن شيء لدى الإنسان هو حياته، لذلك فإنه يحاول الإبقاء عليها لأطول فترة ممكنة، وبالتالي فإن السلعة الدوائية هي حاجة ضرورية لأفراد المجتمع ولا يمكن لأي إنسان مهما كان وضعه الاجتماعي أو عمره الاستغناء عن هذه السلعة عندما يكون بحاجة إليها، وإذا كانت السلع والخدمات العادية تمثل أهمية كبيرة في حياة الإنسان إلا أن السلعة الدوائية قد تختلف عن بقية أنواع السلع الأخرى من حيث مصادر الحصول عليها، وأهميتها وخصائصها وقواعد وكيفية استعمالها. [٥٤] والتي تتمثل في:

١. مصادر الحصول علي الدواء:

يمكننا استخلاص الدواء من عدة مصادر، من أهمها ما يلي:[٥٥]

أ- **الأدوية النباتية**: وهي ما يطلق عليها اسم الأعشاب الطبية أو الأدوية العشبية: وتتمثل في الأدوية المستخرجة من النباتات الطبية، وقد يستعمل الإنسان كل أجزاء النبات أو جزء منه مثل البذور أو الثمار أو الأوراق أو الجذور.

ب- **أدوية من أصل حيواني:** وهي الأدوية المستخرجة من أجسام الحيوانات مثل الهرمونات، كهرمون الأنسولين الذي يستخدم في علاج مرض السكر، وهرمون الغدة الدرقية، ومجموعة العناصر الهاضمة؛ وخلاصة الكبد، وزيت السمك، عسل النحل...، وغيرها من المنتجات الحيوانية، ولقد لعبت الهندسة الوراثية

دورا كبيرا في تطوير الأدوية المستخرجة من الحيوانات.

ج- **الأدوية ذات الأصل المعدني:** وتضم هذه المجموعة كثيرا من أملاح الحديد والرصاص والمغنسيوم والفسفور والكالسيوم والصوديوم والبوتاسيوم والألمنيوم والذهب.

د- **الأدوية الناتجة من الكائنات الدقيقة:** ويعتبر البنسلين أول دواء تنتجه الكائنات الدقيقة، وهو أول مضاد حيوي تعرفه البشرية، وكان السبب في اكتشاف العديد من المضادات الحيوية وتصنيعها مثل التتراسكلين والأمبسلين.

هـ- **الأدوية المصنعة كيميائيا:** وتشمل هذه المجموعة الآلاف من الأدوية التي تعتبر الأكثر استعمالا في الوقت الحاضر وتتسابق شركات الدواء في تصنيعها وتطويرها وتصنيع المواد الخام لمستحضرات هذه المجموعة كيميائيا باستخدام مواد كيميائية أولية".

٢. خصائص السلع الدوائية:

تتميز السلع الدوائية بعدة خصائص تميزها عن غيرها من السلع الاستهلاكية، من أهمها[٥٦]:

أ- يعتبر الدواء من السلع الضرورية ومن أحد الأساسيات في الحياة بالنسبة للإنسان مثل الغذاء.

ب- يعتبر الدواء من السلع التي لا يستطيع الإنسان التحكم في الطلب عليها، فهي ليست كالسلع التي تباع و تشترى برغبة من المستهلك، ولكن الطبيب هو الذي يحدد نوع الدواء، و لذلك فلا إرادة للإنسان فيه ولا يوجد مرونة لقوانين العرض والطلب به.

ج- خطورة الدواء تتضح من كونه تركيبة كيميائية، فهو خطير لأنه قد يكون سام خاصة عند استعماله دون وصفة طبية.

د- تتأثر المنتجات الدوائية بالضوء، فهناك مواد كيميائية تتفاعل مع الضوء، لذلك يجب حفظها بعيدا عن الضوء حتى لا يتغير شكلها ووظيفتها.

هـ- تتأثر بعض الأدوية بدرجة الحرارة والبرودة.

و- ثبات سعر الدواء، حيث يتحدد من طرف الدولة وغير قابل للمساومة، عكس مستحضرات العناية التي يتحدد سعرها من طرف الصيدلي أو البائع.

ز- وجودها في الصيدلية أو المستشفى فقط عكس مستحضرات العناية التي قد نجدها في الصيدلية ومحلات التجميل أيضا.

ح- يعتبر الدواء من السلع التي تخضع لقوانين خاصة في المراقبة والجودة.

٣. قواعد استعمال السلع الدوائية:

تتمتع السلع الدوائية بخصائص تجعل استهلاكها يخضع لقواعد استعمال، من أهمها:[٥٧]

أ-أن لا يتناول الفرد دواء وصف لإنسان آخر، فالطبيب هو الذي يحدد ما يناسب كل شخص من الدواء.

ب- لا يحتفظ بالدواء بعد العلاج حتى لا يتم استعماله في وقت لاحق.

ج- لا يحتفظ بالأدوية التي تم شراؤها بغير وصفة لفترات طويلة، وذلك لتغيرها كيميائيا بمرور الزمن.

د-إتباع جميع الإرشادات في بطاقة الأدوية فيما يخص الكمية ووقت تعاطي الدواء والتحضيرات.

هـ- التقيد بجرعة الدواء لأن إنقاص الجرعة يقلل من مستوى الدواء في الدم، أما زيادة الجرعة فقد تؤدي إلى خطر التسمم الدوائي.

و-الالتزام بمدة المعالجة إلا في حالة طارئ صحي يحول دون ذلك، فالتوقف عن أخذ الدواء قبل المهلة المطلوبة يجعل المرض يستعيد قوته لينقض مجددا، و نفس الشيء يقال عند الاستمرار في تناول الدواء لمدة تتجاوز تلك التي حررها الطبيب على الوصفة.

ز-الامتناع عن تجديد الوصفة ذاتيا لأن تكرار العلاج قد يفتح الباب أمام نشوء مقاومة جرثومية؛ حتى عند معاودة إصابتهم ببعض العوارض التي سبق لها أن حلت بهم؛ لأن وصف دواء سابق قد لا يصلح بالمرة تناوله مرة أخرى.

ح- إعلام الطبيب بأي آثار جانبية غير متوقعة.

ط- الاحتفاظ بالأدوية في مكان مأمون بعيد عن متناول الأطفال، وفي درجة حرارة مناسبة.

ي- حفظ الأدوية بالطريقة السليمة مع مراجعة تاريخ الصلاحية من وقت الآخر، وعدم استعمال الأدوية بعد التاريخ المدون علي كل دواء.

٤. **طرق الاستعمال والتعاطي:**

لعل من العوامل المؤثرة علي عملية استهلاكنا الدوائي، والتي أدت إلي وجود سوء استخدام للدواء هي مدي ثقافتنا الدوائية[٥٨]. لذا يتطلب استخدامنا للدواء ثقافة دوائية، تتمثل أهم أبعادها في: [٥٩]

أ- أن الدواء الذي يؤخذ قبل تناول الطعام: يجب تناوله قبل الطعام بنصف ساعة حتى لا يختلط مع الطعام، ويؤثر الطعام علي معدل امتصاصه.

ب- أن الدواء الذي يؤخذ بعد تناول الطعام: يجب أن يتناوله المريض بعد الطعام مباشرة، حيث أن بعض الأدوية تؤذي الطبقة المبطنة لجدار المعدة والأمعاء وتؤدي إلي تقرحات شديدة إذا اخذ علي معدة خاوية.

ج- عند تناول الحبوب أو الكبسولات يجب أخذها مع كمية كافية من الماء؛ ليتم إيصالها إلي المعدة بسهولة، ومن ثم يعمل الماء علي إذابتها، وهذا يؤدي إلي سرعة تكسها وذوبانها ثم امتصاصها وتمثيلها بالدم بسهولة.

د- الأدوية التي تؤخذ علي فترات زمنية متساوية ومتتالية: يجب التقيد بالفترة الزمنية المحددة؛ وذلك لضمان استمرار ثبات مستوي تركيز الدواء في الدم، حتى يتم المفعول الكامل وعدم التعرض لنكسات، أو ترك فرصة لظهور سلالات جرثومية مقاومة للدواء إذا قل تركيزه في الدم، أو أن تمر فترة زمنية بدون الدواء، وفيها يقوم الميكروب بالدفاع عن نفسه، وبهذا يصبح الدواء غير فعال، كما يحدث نتيجة سوء استعمال المضادات الحيوية أو عدم تكملة الجرعة المحددة والانقطاع بمجرد الإحساس بالتحسن قبل تمام الشفاء.

هـ- علي المريض أن يخض (يرج) الدواء السائل (المُعَلقْ) قبل الاستعمال، وخاصة الذي يحتوي علي مواد غير ذائبة أو علي هيئة مستحلب أو معلق حتى يتسنى توزيع جميع المواد الفعالة في جميع السائل ويحصل المريض علي جرعة متكاملة ومتساوية من المواد الفعالة.

و- قطرات العيون: يجب حفظها في الثلاجة وعند استعمالها يوضع نقطتين أو ثلاث نقط في المرة الواحدة. ويجب عدم ملامستها لأغشية وأنسجة العين حتى لا تنتقل العدوى للعين غير المصابة أو لمريض آخر من الأسرة قد يستعملها.

ز- قطرات الأنف: يجب أن تستعمل في حيز ضيق جدا، وبأقل قدر ممكن ولفترة محدودة من الزمن لا تزيد عن أسبوع، مع عدم إدخال القطارة داخل فتحتي الأنف، وعدم استعمالها لأكثر من مريض.

ح- قطرات الأذن: يجب عدم استعمالها عندما تكون الأذن ملتهبة ويسيل منها افرزا قيحى، ويجب التقليل من استعمالها خاصة تلك النقط الفوارة التي تحتوي علي ماء الأكسجين لأخطاره الكبيرة علي طبلة الأذن واحتمال اختراقها، وقد الغي الطب الحديث هذه القطرات.

ثالثاً- العوامل المؤثرة في فاعلية الدواء واستهلاكه :

يتطلب استهلاكنا للدواء معرفة العوامل التي تؤثر في فاعليته، حيث تتأثر فاعلية الدواء في المقام الأول بمقدار الجرعة التي يتناولها المريض، وبطريقه استعمال المريض للدواء، وقد تتأثر فاعلية الدواء بعوامل أخري، منها ما يتعلق بمدي أتباع المريض للإرشادات الطبية، ومنها ما يتعلق بجسم المريض مثل الوزن والعمر ونوع الجنس، وهناك عوامل أخرى مثل حالة المريض الصحية والنفسية، واحتمال وجود بعض الأمراض الوراثية التي تقلل من فاعلية الدواء، أو تساعد علي زيادة فاعليته وأثره السام. وقد يتأثر مفعول الدواء بالعوامل البيئية مثل التلوث البيئي والمناخ. بالإضافة إلي ذلك فإن بعض العوامل المتعلقة باستعمال الدواء مثل تناول أكثر من دواء دفعه واحدة، أو تناول بعض الأغذية مع الدواء، قد تؤدي إلى تغيير فاعلية الدواء أو ارتفاع درجة التسمم منه.

ويمكن تلخيص العوامل التي تؤثر في فاعلية الدواء واستهلاكه علي النحو التالي:

١. جرعة الدواء ووسيلة الاستعمال:

تزداد فاعلية الدواء ودرجة التسمم منه بزيادة مقدار الجرعة التي يتناولها المريض، وتعتمد سرعة ومدي تأثير الدواء علي وسيلة الاستعمال، فإذا أعطي الدواء عن طريق الحقن أو الاستنشاق فإنه يكون أسرع وأقوي فاعلية من الدواء الذي يعطي عن طريق الفم أو فتحة الشرج، وتقل سرعة تأثير الدواء إذا أعطي عن طرق الفم في حالة امتلاء المعدة بالطعام. [٦٠]

٢. نوعية المستحضر الدوائي :

تختلف سرعة تأثير الدواء باختلاف نوعية المستحضر الدوائي، فإذا كان الدواء علي هيئة شراب فإنه يحدث تأثيرا أسرع من تأثير الدواء الذي يتناوله المريض علي هيئة أقراص، وذلك لأن الأقراص يجب أن تفتت في المعدة أو الأمعاء حتى يتحرر منها الدواء ويمتص إلي الدم. وتختلف سرعة تأثير الأقراص باختلاف درجة صلابتها، فالأقراص الصلبة يصعب تفتيتها داخل المعدة والأمعاء، وبذلك تقل فاعلية الدواء أو تنعدم كلما زادت صلابة الأقراص. (٦١)

٣. عمر المريض:

تختلف درجة تأثير الدواء باختلاف عمر المريض، فالجرعة الثابتة من الدواء قد تؤثر في الرجل المسن أو الطفل تأثيرا يختلف عن التأثير الذي يحدثه الدواء في الشاب، لدرجة أن بعض الأدوية قد تؤدي إلي حدوث أضرار بالغة في المسنين والأطفال، وذلك بسبب انخفاض كفاءة وظائف بعض الأعضاء مثل الكبد الذي يقوم بهدم الدواء، والكِلية التي تلعب دورا مهما في اخراج الدواء من الجسم، وهذا يؤدي إلي زيادة الأثر السام للدواء في المسنين والأطفال، وخاصة في الأطفال حديثي السن وناقصي النمو.(٦٢)

٤. جنس المريض:

تتأثر النساء ببعض الأدوية أكثر من الرجال، مما قد يستدعي تقليل الجرعة لهن، ففي حالات الحمل والرضاعة يؤدي استعمال بعض الأدوية إلي حدوث أضرار قد تكون بالغة الخطورة علي الجنين أو الطفل الرضيع. إلا أن الذكور علي وجه

العموم يحتاجون إلي جرعة من الدواء أكثر من الجرعة التي تحتاجها الإناث، وذلك لأن جسم الذكور يتميز عن جسم الإناث بزيادة حجم العضلات التي ينتشر فيها الدواء أكثر من انتشاره في الأنسجة الدهنية التي تكثر في جسم الإناث. (٦٣)

٥. وزن المريض:

يعتمد انتشار الدواء في الجسم علي وزن المريض، فكلما زاد وزن المريض كبر حجم الماء الذي ينتشر فيه الدواء داخل جسم المريض، بحيث يحتاج الجسم إلي مقدار أكبر من الدواء حتى يزداد تركيزه في الماء المنتشر في الجسم. (٦٤)

٦. المكان والزمان:

يختلف تأثير بعض الأدوية باختلاف المكان الذي يعيش فيه المريض. فهناك بعض الأدوية التي يختلف تأثيرها في سكان الجبال، عنه في سكان الوديان والسهول، وذلك نظراً لاختلاف نسبة الأكسجين والضغط الجوي اللذين يؤثران علي فاعلية الدواء وأثره السام، وقد تتأثر فاعلية بعض الأدوية بالضوضاء والازدحام حيث الإثارة التي تساعد علي زيادة فاعلية الأدوية المنبهة، وانخفاض فاعلية بعض الأدوية مثل المنومات والمهدئات. كما يؤثر زمن تناول الدواء علي مدي فاعليته، فيقل تأثير المنومات أثناء النهار، حيث الأضواء وزيادة الحركة والنشاط، ويزداد تأثيرها إذا تناولها المريض أثناء الليل حيث الظلام والهدوء وقلة الحركة والنشاط، مما يساعد علي جلب النوم. (٦٥)

٧. المُناخ:

يختلف تأثير بعض الأدوية باختلاف درجة حرارة البيئة التي يعيش فيها

المريض، فالأدوية التي تسبب الإحساس بالدفء تكون ذات تأثير أقوي في الصيف عنه في الشتاء، كما أن الأدوية التي تسبب انخفاض درجة حرارة الجسم الطبيعية يزداد تأثيرها في الشتاء. ويزداد الأثر السام لبعض الأدوية في الصيف أو في ألاماكن الحارة عنه في الشتاء أو الأماكن الباردة، فمثلا الأثر السام للأدوية التي تمنع إفراز العرق في المناطق الحارة ويقل في الأماكن الباردة، وكذلك معدل الاستهلاك، فالنظر إلي معدل استهلاك محافظة سوهاج نجدها من المحافظات(سوهاج ، السويس، جنوب سيناء، الشرقية) التي يتزايد معدل استهلاكها من الدواء خلال شهور الشتاء علي ٢٥% من إجمالي استهلاك جمهورية مصر العربية.[٦٦]

٨. العوامل النفسية :

قد تسبب بعض الاضطرابات النفسية في حدوث العديد من الأعراض المرضية مثل ارتفاع درجة الحرارة، والصداع، والغثيان، واضطرابات القلب والشرايين والأعصاب. وفي هذه الحالات قد يشعر المريض بالراحة واختفاء العرض المرضي بمجرد تناوله للدواء وقبل أن يحدث الدواء أي تأثير بجسم المريض، وذلك لأن شعور المريض بالاطمئنان والراحة النفسية يساعد علي التغلب علي أعراض المرض. وجدير بالذكر أن الأثر النفسي الذي يتركه الطبيب أو الصيدلي أو الممرضة في المريض يساعد علي زيادة فاعلية الدواء[٦٧].

٩. الأمراض الوراثية:

يلاحظ أن في بعض الحالات أن الدواء يحدث تأثيرا واضحا في أحد المرضي، بينما لا يؤثر في مريض آخر يتساوي مع المريض الأول في السن والوزن،

وقد يسبب الدواء تسمما ملحوظا في عدد قليل من المرضي، بينما لا يحدث أي ضرر في كثير من المرضي. وتعزي هذه الظاهرة إلي وجود بعض الصفات الوراثية الشاذة التي قد تؤثر في مدي استجابة جسم المريض لتأثير الدواء أو في كفاءة بعض أعضاء الجسم في امتصاص أو هدم أو إخراج الدواء. وجدير بالذكر أن بعض التحاليل والفحوص الطبية قد يفيد في تحديد نوعية المرض الوراثي الذي يؤثر علي فاعلية الدواء. (٦٨)

١٠. التلوث البيئي:

تؤثر بعض المواد الكيميائية التي تلوث البيئة مثل المبيدات الحشرية ودخان التبغ علي فاعلية بعض الأدوية، فتقل هذه الفاعلية إذا تعرض المريض لهذا النوع من التلوث البيئي، ويزداد الأثر الضار للبعض الأخر بسبب تعرض المريض لبعض المواد الكيميائية الملوثة للبيئة، وتدل الإحصائيات علي ارتفاع نسبة الإصابة بأمراض القلب والشرايين في النساء المدخنات اللاتي يتناولن هرمونات منع الحمل، وذلك لأن التدخين يضاعف من التأثير الضار لهرمونات منع الحمل والشرايين. كما أثبتت التجارب أن التلوث بالإشعاعات الذرية يساعد علي زيادة درجة التسمم الناتج عن تناول بعض الأدوية.(٦٩)

١١. المرض:

قد تتأثر فاعلية الدواء بوجود بعض الأمراض، فمن هذه الأمراض ما يساعد علي سرعة نفاذ الدواء إلي الدم، ومنها ما يساعد علي سرعة إخراج الدواء من الجسم، كما أن وجود بعض الأمراض يجعل المريض أكثر حساسية لبعض الأدوية، وهناك

بعض الأمراض أو الأعراض المرضية التي تساعد علي زيادة الأثر السام للدواء، ولذلك فإن الطبيب ينصح بعدم تناول بعض الأدوية إذا كان المريض يشكو من مرض قد يتفاقم مع استعمال هذه الأدوية أو قد يؤدي إلي زيادة الأثر السام لهذه الأدوية.(٧٠)

١٢. الحساسية للدواء:

يسبب تناول بعض الأدوية ظهور أعراض الحساسية في نسبة قليلة من المرضي، بينما لا تحدث هذه الأعراض في الغالبية العظمي منهم، وجدير بالذكر أن المريض الذي يشكو من الحساسية لدواء ما، قد تحدث له اعرض الحساسية إذا تناول دواء آخر مشابها للدواء الذي يسبب له الحساسية. وفي بعض هذه الحالات يقوم الطبيب بأجراء اختبار حساسية للدواء حتى يتأكد من ضمان إعطائه للمريض دون أن يسبب له أي ضرر .

١٣. التفاعلات الأدوية:

إذا تناول المريض أكثر من دواء في آن واحد فإن أحد هذه الأدوية قد يبطل أو يقلل من فاعلية بعض الأدوية الأخرى، وقد يسبب دواء ما يتعاطاه المريض زيادة فاعلية أو خطورة دواء آخر، فمثلا إذا تناول المريض دواء منوما مع مشروب من المشروبات التي تحتوي علي مواد منبهة مثل الشاي أو القهوة أو الكولا، فإن تأثير الدواء المنوم يقل بدرجة ملحوظة، بينما تزداد فاعلية وخطورة الدواء المنوم وبعض الأدوية الأخرى مثل أدوية الحساسية إذا تناول المريض مشروبا من المشروبات الكحولية. (٧١)

١٤. نوع الغذاء :

قد تؤثر بعض العناصر الغذائية علي فاعلية الدواء أو خطورته، فبعض هذه العناصر يقلل من امتصاص الدواء إلي الدم والبعض الآخر يساعد علي زيادة امتصاص الدواء وسرعة وصوله إلي الدم، وقد يؤدي تناول بعض الأدوية إلي إحداث ضرر من بعض الأطعمة التي لا تسبب أي تسمم للشخص الذي لا يتناول هذه الأدوية . فمثلا يقل امتصاص بعض المضادات الحيوية مثل التتراسيكلين وتقل فاعليتها إذا تناول المريض اللبن أو مشتقاته مع الدواء، بينما يتسمم المريض من بعض الأطعمة مثل الجبن القديم والأسماك المملحة والكبد والموز، إذا تناول مع احد هذه الأطعمة نوعية معينة من الأدوية التي تستعمل في علاج الاكتئاب.[٧٢]

١٥. انتهاء مفعول الدواء:

كثير من الأدوية تصلح للاستعمال الطبي لسنوات طويلة، في حين أن بعض الأدوية يكون صالحا للاستعمال علي مدي فترة محدودة قد تمتد إلي سنتين أو أكثر، وفي هذه الحالة تلتزم الهيئة المنتجة للدواء بتوضيح تاريخ انتهاء مفعول الدواء علي العلبة والزجاجة التي تحتوي علي المستحضر الدوائي. ويحذر المريض من استعمال الدواء لأي سبب من الأسباب بعد انتهاء تاريخ مفعول الدواء، لذلك بعض الأدوية يضعف تأثيرها بدرجة ملحوظة بعد هذا التاريخ، والبعض الآخر يفسد ويتحول إلي مواد ضارة قد تصيب المريض بمرض فوق المرض الذي يشكو منه، ولذلك إذا كانت لديك زجاجة دواء قد جاوزت تاريخ انتهاء المفعول المكتوب عليها فلا تتردد في إلقاء محتوياتها في دورة المياه[٧٣].

رابعاً- الثقافة الدوائية والعوامل المؤثرة في تشكيلها:

تعرف الثقافة الدوائية بأنها: "هي مجموعة المعارف والأفكار التي يكتسبها الفرد من خلال التنشئة الاجتماعية تتمثل في أساليب العلاج ومعرفة المستلزمات التابعة له والرموز والمعاني التي يحملها، والتي تستدعي معرفة الأسر بالاستخدام الأمثل للدواء من حيث جودته ونوعيته وبلد تصنيعه وطرق استخدامه ومدي فاعليته والمفاضلة بين أنواعه وكيفية تخزينه ومراعاة فترة الصلاحية، وكذلك مدي إتباع إرشادات الطبيب أو المعالج بالوقت المحدد لاستخدام الدواء ومدي التقيد بالجرعة،....... وكل المواصفات الأخرى المرتبطة به[٧٤]."

ومع التقدم المذهل في صناعة الأدوية وتقنيتها، تزايدت أنواع الأدوية المطروحة في الأسواق، وكثر الإقبال علي استعمالها، ظهر بين الناس من يدي معرفته الوثيقة بالطب والمداواة، ولذلك نجد الكثيرون يذهبون إلي الصيدليات للحصول علي الدواء بدون روشته طبية، فإذا كان القليل من الأدوية يستطيع الفرد أن يستعملها دون اللجوء إلي الطبيب، فان هناك عدد كبير من الأدوية لا ينبغي أن يستعملها المريض إلا بعد استشارة الطبيب، لان المريض إذا استعمل دواء دون روشته طبية؛ فان هذا الدواء قد يتعارض مع مرضه، أو قد يكون غير مناسب لسنه أو لوزنه أو لجنسه أو لحالته.

بالإضافة إلي ذلك فإن في حالات كثيرة قد يتطلب الأمر أن يعطي الطبيب المريض بعض النصائح بعدم تناول نوعيات من الأغذية أو الأدوية مع الدواء المطلوب لعلاج المرض، فالطبيب أيضا هو الذي يحدد الجرعة المناسبة للمريض ووسيلة الاستعمال وعدد مرات تناول الدواء في اليوم الواحد والفترة الزمنية لاستكمال

العلاج بعد الفحص الطبي الشامل، وربما تطلبت حالة المريض إجراء تحاليل معملية أو أشعة أو غير ذلك، حتى يستطيع الطبيب تحديد الدواء أو الأدوية المناسبة لعلاج المرض، وإذا كانت مخالفة بند واحد من هذه الإرشادات يمثل مشكلة علاجية أو خطورة علي صحة المريض، فانه من البديهي أن تتضخم المشكلة وتتفاقم الخطورة إذا لم يؤخذ رأي الطبيب في العلاج[٧٥].

لذا فقد أخذ موضوع التوعية والثقافة الدوائية مدى واسع في الآونة الأخيرة، نتيجة لتزايد السلوكيات الغير صحيحة بين أفراد المجتمع في استخدام الدواء، ومنها تعاطي الأدوية بدون استشارة الطبيب أو الصيدلي، والتوجه إلى محلات العشابين والعطارين لأخذ العلاج المناسب، فضلا عن عدم الالتزام بإرشادات الطبيب المختص في تعاطي الأدوية كالوقت المحدد لاستخدام الدواء وعدم التقيد بالجرعة وكذلك تجاهل التحذيرات بشان الأدوية وطريقة حفظها أو استخدامها بعد انتهاء الصلاحية[٧٦].

فالجهل باستعمال الدواء قد يكون أكثر ضررا من المرض الذي نعالجه، فهناك مدمني تعاطي الأدوية المقوية(الفيتامينات) التي ليسوا في حاجة إليها، لذا فالثقافة الدوائية مطلوبة للحد من الإسراف في استهلاكنا للدواء أو الانبهار بالدعاية عن الأدوية، فضرر الدواء قد لا يلمسه المريض وقت أو بعد الاستعمال مباشرة، وقد تظهر له عواقب وخيمة مع الوقت، مثل الباراسيتامول وهو دواء مسكن للآلام الصداع ومخفض للحرارة، تلاحقنا إعلاناته في المجلات العالمية تحت اسم بنادول والتيلينول، ويسبب طول مدة استعماله تليفا بالكبد، وكذلك الأسبرين مع طول الاستعمال يسبب تهيجا في المعدة ونزيفا بها، مما قد يتولد عنه قرحة وسيولة في الدم. ورغ هذا تلاحقنا الدعاية عن هذه الأدوية، هذا بالإضافة إلي السلفا التي تعد من الأدوية الشعبية في

مجتمعنا، إلا إنها مع طول الاستعمال تسبب تليفا بالكلي[٧٧].

ولغرض تلافي الآثار الخطيرة التي يمكن أن تنتج عن مثل هذه السلوكيات، فان من الضروري أن تتضافر الجهود لرفع ثقافة المستهلك الدوائية، مع الأخذ في الاعتبار إن زيادة وعي المستهلك الدوائية يجب أن يرافقها آليات لمعالجة أسباب هذه الظاهر، ومن أهم هذه الآليات ما يلي:-

١. التنشئة الاستهلاكية للدواء:

يشير مفهوم التنشئة الاجتماعية إلي العملية التي يكتسب فيها الأطفال أنماطاً عديدة من المعتقدات والسلوكيات.[٧٨] في حين يشير مفهوم التنشئة الاستهلاكية إلي العملية التي يكتسب خلالها الأفراد المهارات والمعارف والاتجاهات المناسبة لأدائهم الاستهلاكي.[٧٩] فمن خلال التنشئة تنقل الأسرة المعاني الثقافية للمجتمع والثقافات العليا والطبقة الاجتماعية إلي أبنائهم، ويتضح ذلك من خلال تحدث الآباء عن المخاطر التي يمكن أن تنجم عن الاستخدام الخاطئ للدواء والتداوى بالأعشاب، وتصحيح بعض العادات السلبية المتعلقة بالمداواة الذاتية وتخزين الأدوية في المنازل ومراقبة تواريخ إنتاج الدواء وانتهاء الصلاحية، وبهذا يكتسب الأطفال المعارف عن المنتجات الدوائية والخدمات والمهارات الاستهلاكية المرتبطة والمتنوعة.[٨٠]

فالأسرة هي الخلية الأولي التي يتربى فيها الفرد، وتكون اتجاهاته ودوافعه، كما أن الأسرة تعتبر أول وحدة استهلاكية ينمو فيها الفرد، وتتكون لديه العادات الاستهلاكية الجيدة أو السيئة علي حد سواء، كما أن للأسرة دوراً كبيراً في التأثير علي

القرارات الشرائية للمستهلك، ففيها يتعلم كيفية اتخاذ القرارات الشرائية، وما العوامل التي يجب أن يأخذها في الاعتبار عند اتخاذ قرارات الشراء؟ وعلي أي دوافع يعتمد؟ هل دوافع رشيدة أم دوافع عاطفية ؟ هل قرارات الشراء تكون فردية أم جماعية؟ كل ذلك يتعلمه الفرد من خلال الأسرة [٨١].

لذا يعد الاستهلاك من الموضوعات التي تمثل جانباً للثقافة من الصعب تجاهله، حيث إن أنماط الاستهلاك واتجاهات الأفراد تجاه الإنفاق والادخار، تلقي الضوء علي مدي ما يسود بين هؤلاء الأفراد من وعي وقيم وتصورات انتقلت إليهم من خلال التنشئة الاجتماعية، وما يتضح لديهم من رشد وعقلانية في ممارسات الاستهلاك العلاجية أو من بذخ وترف وتظاهر بالذهاب إلي الأطباء ذوي الشهرة والأدوية المستوردة، وبهذا يرتبط الاستهلاك بمساحة ثقافية واسعة، جزء منها يرتبط بالمخزون الثقافي المكتسب من المحيط الاجتماعي، ويرتبط الآخر بأبعاد السلوك الإنساني في الوقت الحاضر، وتوقعات ما يمكن أن يحدث في المستقبل أو التنبؤ بأنماط الاستهلاك التي تسود لدي هؤلاء في المستقبل.[٨٢]

٢. التعلم واكتساب الخبرات الاستهلاكية:

يقصد بالتعلم: التغير المستمر في سلوك الفرد، نتيجة اكتساب معارف وخبرات جديدة، فالفرد يكتسب خبرات ومعارف مختلفة بأنواع الأدوية المتاحة في الأسواق أو بعلاماتها التجارية (ماركتها)، أو بالمحلات التي تشتري منها، أو بطرق استخدامها عن طريق التعلم، كما أن كثير من: آرائنا ومعتقداتها وأفكارنا ودوافعنا ورغباتنا ترجع أولاً وأخيراً إلي عملية التعلم، والتعلم يشمل ما يحصل عليه الفرد من معلومات وما اكتسبه من خبرات وقدرات واتجاهات ومهارات ومعارف وعادات

مختلفة، سواء تم هذا التعلم عن طريق الأسرة أو الأصدقاء أو البيئة الخارجية بما فيها من وسائل نشر كالصحف والمجلات والإذاعة والتليفزيون وغيرها.

فالإنسان منذ أن وجد علي وجه الأرض وهو يسعي إلي معرفة الحقائق التي تساعده علي اكتشاف العالم الذي يعيش فيه، وفهم القضايا التي تواجهه، لأن بالبحث عن المعلومات يستطيع الفرد كفاعل اجتماعي أن يواجه العقبات والمشاكل التي تواجهه في حياته، وبالتالي المعرفة مرتبطة بوجود الإنسان وتفكيره منذ أن خلقه الله عز وجل، إلا أنها تطورت وتنوعت بفعل تطور وعي الإنسان وخبراته[٨٣].

فالخبرات والمعارف المكتسبة تؤثر علي سلوك الفرد في المستقبل، وهكذا، ويلاحظ أن الفرد يميل إلي تكرار الخبرات الناجحة له وينبذ الخبرات الفاشلة بالتدرج، ففي حالة قيام أسرة ما بشراء أدوية أو أعشاب معينة، وحققت هذه الأدوية لها درجة عالية من الرضا والشفاء، فلنا أن نتوقع تكرار شراء الأسرة للدواء أو العشب في المستقبل، ما لم يعد جديد مثل انخفاض جودتها أو نفاذها من السوق أو ما شابه ذلك[٨٤].

فالخبرات الاستهلاكية للأسر تجاه الأدوية والخدمات والمؤسسات الطبية تُحدد ما إذا كانت الأسر ستنظر بعين الرضا أو الرفض إلى هذه الأدوية والخدمات والمؤسسات، فإذا ما اشترت الأسرة دواء معين ليس بالجودة المطلوبة، فستتكون لديها أحاسيس سلبية عنه، فإنها عند الحاجة إليه مرة أخري تمتنع عن شرائه، وتبحث عن غيره.

٣. دور الصيدلي:

يؤكد "أحمد عوف" علي أن مجتمعنا لا يعرف المهمة الأساسية للصيدلي بالنسبة للمريض، رغم أنها مهنة حيوية جدا بالنسبة له، لان صرف الدواء آخر مرحلة في تشخيص المرض ليبدأ بعد الصرف تعاطيه. ومن هنا يعد دور الصيدلي مكمل لدور الطبيب، فالصيدلي هو الشخص المؤهل علميا للتغلب علي مشاكل الأدوية وتفادي أخطارها، ومدرب علي كافة التخصصات الطبية، وله الحق في مراجعة الطبيب. لذا يجب علي مجتمعنا تعريف أفراده بمهمة الصيدلي؛ بل واجبه تجاه المريض، والتي تتمثل في:[٨٥]

- شرح تفاصيل الدواء للمريض.
- شرح كيفية استخدام الدواء، ومقدار جرعاته وعدد مرات تناوله.
- شرح فوائد الدواء للمريض، وأثاره الجانبية أو السيئة حتى لا يفاجئ المريض بالغثيان أو القي أو الدوار أو الحساسية الدوائية.
- اكتشاف حوادث سوء استعمال الأدوية نتيجة للوصفات الطبية الشاذة أو الجرعات الدوائية المتعارضة، أو نتيجة الإدمان للدواء أو التعود علي تناوله باستمرار.
- التركيز علي مشكلة التنافر الدوائي والتضاد الدوائي في التذكرة الطبية (الروشتة).
- التركيز علي التعارض ما بين الدواء وغذاء المريض أو الخمور، أو خلط الأدوية مع المحاليل الطبية التعويضية.
- ملاحظة الآثار السيئة للدواء ولاسيما عند خلطها بالمحاليل التعويضية أو

الوريدية أو عند خلط أدوية مع بعضها البعض.

٤. الالتزام بإرشادات الطبيب:

لا شك أن لإرشادات الطبيب أهمية بالغة في نجاح علاج المريض، فبعد فحص المريض، يعطي الطبيب نصائح وإرشادات، منها ما يدون في التذكرة الطبية "الروشتة"، ومنها ما يوجه للمريض شفوياً. من هذه الإرشادات مقدار الجرعة وعدد مرات تناولها والوقت المناسب لذلك، ووسيلة الاستعمال، ويقوم الطبيب بإرشاد المريض عن الممنوعات من الأغذية والأدوية، وأي شيئ آخر قد يتعارض مع العلاج أو ينجم عنه الضرر بعد استعمال الدواء.

وتعد التذكرة أو الوصفة الطبية (الروشتة) حجر الأساس في المجالات العلاجية المختلفة، حيث تعتمد فيما تحتويه على تشخيص المرض، وخبرة ومهارة الطبيب المعالج. وتربط التذكرة الطبية بين طرفين يدخلان في مجال العلاج وهما الطبيب والصيدلاني. أما الأول فلا يصرح له بتصنيع أو تحضير أي عقار إذ أنها مهمة موكولة إلى الصيدلاني الذي لا يصرح له بوصف العلاج للمرضى لأنها مهمة الطبيب الذي يعتمد في وصفه على ما لديه من خبرات تشخيصية وإكلينيكية، وما قام بدراسته من عقاقير وتفاعلاتها المختلفة، وما يصلح للمريض من دواء يتناسب مع حالته المرضية والصحية العامة، وما لديه من أمراض أخرى، وما يتناوله من علاجات لهذه الأمراض. ومع ذلك قد يصحح الصيدلاني للطبيب أي خطأ يجده في الوصفة الطبية حفاظاً على حياة المريض.

ومن هذا المنطلق، يجب أن تشتمل التذكرة الطبية على مجموعة من البيانات الأساسية تشمل: اسم المريض وعنوانه، وتاريخ الوصفة. كما تتضمن العلامة

المعروفة (R/) التي هي اختصار لكلمة لاتينية Recipe وتعني (خذ أو تناول عن طريق). وبعد هذه العلامة يأتي اسم الدواء الموصوف، ويجب أن يتضمن هذا صورة الدواء (أقراص، حقن، أقماع...الخ) وقوة الدواء بالمليجرامات (٢٥مجم، ١٠٠مجم...الخ) وكميته (لمدة أسبوع أو أكثر أو أقل)، وطريقة تناوله (بالفم، بالحقن العضلي، أو الوريدي...الخ)، وعدد مرات استخدامه (مرة، مرتان أو ثلاثة في اليوم)، وكذلك علاقته بتناول الطعام (قبل الأكل أو بعده).

وأخيراً يجب أن تُذيل التذكرة الطبية بتوقيع الطبيب المعالج. وبالطبع فإن وصف العلاج يعتمد على عوامل كثيرة منها سن المريض، وحالته الصحية العامة، وشدة أعراضه، والأعراض الجانبية التي يمكن أن تحدث من جراء استخدام الدواء، والتفاعلات التي يمكن أن تحدث بين العقاقير التي يتناولها المريض، واحتمالية استخدام المريض للدواء في الانتحار[٨٦]، حيث يترتب علي إتباع ارشادات الطبيب معرفة المرضي لكيفية تناول الدواء، من حيث: الجرعة المناسبة، وعدد مرات التناول في اليوم الواحد، والفترة الزمنية لاستكمال العلاج، وسيلة الاستعمال، الأغذية التي قد تتعارض مع الدواء.

لذا يجب علي الطبيب أن يجتهد لإفادة المريض بمعلومات واضحة وصادقة بشأن أسباب كل عمل طبي مع أخذ الموافقة الحرة والمتبصرة من المريض أو الأشخاص المخولين منه أو من القانون إذا كان العمل الطبي يشكل خطراً جديا على المريض، كما يجب عليه أن يخلص ويتفانى في تقديم العلاج لمرضاه وأن يطابقه مع معطيات العلم الحديث،ويحق له الاستعانة عند الضرورة بالزملاء والمختصين والمؤهلين. وأن تكون وصفاته محررة بوضوح حتى يتمكن المريض أو محيطه من فهم

وصفاته فهماً جيداً، وتسمح بتحديد هوية موقعها وتحمل تاريخ وتوقيع الطبيب، كما يمنع على الطبيب كل تحايل أو إفراط في تحديد السعر أو إشارة غير صحيحة للأتعاب أوالأعمال المنجزة أو تسليم أي تقرير مغرض على شكل شهادة مجاملة، تلك هي المسئولية القانونية للطبيب[٨٧].

هوامش الفصل الأول

(1) Miller .D. :"Acknowledging Consumption – A review of New Studies", London, Routledge,1995, Pp.,96-101.

(2) Ibid, Pp., 100-108.

(٣) أحمد زايد وآخرون: الاستهلاك في المجتمع االقطري. مرجع سابق، ص ٥٨.

(٤) ربيع محمود نوفل: اقتصاديات الأسرة وترشيد الاستهلاك. الرياض، دار الناشر الدولي، ٢٠٠٦، ص ٥٥.

(5) The Encyclopedia Americana", international. Ed, U.S.A, Americana Corporation, vol. 7, 1980, P. 683.

(٦) راشد البراوي: الموسوعة الاقتصادية. ط ٢، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٨٧، ص ٤٢.

(٧) طاهر حيدر حيدران: مبادئ الاقتصاد. عمان، دار المستقبل للنشر والتوزيع، ١٩٩٧، ص ١١٣.

(٨) أحمد ضياء الدين زيتون: مبادئ على الاقتصاد. الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٢، ص ٢٤.

(9) The world Book Encyclopedia" , London , Ascou Fetzer Company , vol. 4, 1995 ,P. 313

(١٠) طارق الحاج: علم الاقتصاد ونظرياته. عمان، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ١٩٩٨، ص ١٠٦.

(١١) محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٥، ص ٨٧

(١٢) أحمد زايد: علم الاجتماع ودراسة المجتمع- المداخل النظرية. القاهرة، بدون دار نشر، ٢٠٠٦، ص ١١٢.

(13)Reid . M .G.: "Consumption Levels and Standards , In :"International Encyclopedia of Social Sciences, New York, Macmillan, vol. 3, 1972, p, 335.

(14) Carrier J. G.: "Consumption", In: "Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology", London, Routledge, 1996, P.128.

(١٥) موسى عبد الرحيم و ناصر علي مهدي: دور وسائل الإعلام فى تشكيل الوعي الاجتماعي لدى الشباب الفلسطيني- دراسة ميدانية على عينه من طلاب كلية الآداب جامعة الأزهري. مجلة جامعة الأزهر بغزة، سلسلة العلوم الإنسانية ، المجلد (١٢)، العدد (٢) ، ٢٠١٠، ص ١٤٢.

(١٦) كامل صكر القيسي: ترشيد الاستهلاك في الإسلام. دائرة الشؤون الإسلامية والعمل الخيري بدبي: الإمارات العربية المتحدة، ٢٠٠٨، ص١٦.

(١٧)آمال عبد الرحيم:اتجاهات الطالبة الجامعية السعودية نحو ثقافة ترشيد الاستهلاك- "دراسة مطبقة في قسم الدراسات الاجتماعية – بنات، جامعة الملك سعود" مجلة جامعة دمشق،المجلد (٢٨)، العدد الأول، 2012، ص١٨٦.

(١٨) بوتقرابت رشيد: ظاهرة الاهتمام باللباس عند الشباب الجامعي- دراسة ميدانية لطلبة جامعة الجزائر- ملحقة بوزريعة. رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع ، كلية العلو م الاجتماعية والإنسانية ، جامعة الجزائر2007. ص٢٦.

(١٩) معجم المعاني الجامع (Online) -http://www.almaany.com/ar/dict/r.

(٢٠) محمد عابد الجابري: العولمة والهوية الثقافية: عشر أطروحات. مجلة المستقبل العربي، العدد ٢٢٨، ،بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، فبراير ١٩٩٨، ص ١٨.

(٢١) بنجامين باربر: عالم ماك: المواجهة بين التأقلم والعولمة. ترجمة أحمد محمود، القاهرة، المجلس الأعلى للثقافة، ١٩٩٥، ص٩٢.

(٢٢) أحمد مجدي حجازي: ثقافة الاستهلاك والتنمية الاجتماعية. في: أحمد مجدي وآخرون: المجتمع الاستهلاكي ومستقبل التنمية في مصر، القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، ص١١٧.

(٢٣) أحمد مجدي حجازي: ثقافة الاستهلاك والتنمية الاجتماعية. المرجع السابق، ص ١١٨.

(٢٤) أحمد زايد وآخرون: الاستهلاك في المجتمع القطري –أنماطه وثقافته. الدوحة، مركز الوثائق والدراسات الإنسانية، ١٩٩١، ص٢٩.

(٢٥) أحمد زايد: الاستهلاك في المجتمع القطري –أنماطه وثقافته. المرجع السابق، ص ٣٠.

(٢٦) أحمد زايد: علم الاجتماع ودراسة المجتمع– المداخل النظرية. مرجع سابق، ص ١١٢.

(٢٧) سعيد المصري: ثقافة الاستهلاك في المجتمع المصري. قضايا، سلسلة شهرية، المركز الدولي للدراسات المستقبلية والإستراتيجية، القاهرة،العدد (٩)، السنة الثانية، يوليو٢٠٠٦ ، ص ٧.

(٢٨) سماح حسين القاضي: تلفزيون الواقع ونشر الثقافة الاستهلاكية– دراسة ميدانية– طلبة جامعة دمشق أنموذجا. رسالة ماجستير، كلية الإعلام، جامعة الشرق الأوسط للدراسات العليا، ٢٠٠٩،ص١٤.

(٢٩) فيرونيك أبو غزاله: دور الإعلام المرئي اللبناني في تفعيل استراتيجيات ترشيد الاستهلاك وتعزيز ثقافة الإنتاج والادخار لدي اللبنانيين. رسالة ماجستير. المعهد العالي للدكتوراه في الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة اللبنانية، ٢٠١٢،ص٨.

(30) Baker . M. J. : "Marketing Theory And Practice " , 3rd.ed , London , Macmillan Business, 1995 ,P.54.

(31)Peter .J.P. And Olson .J.C.: "Consumer Behavior and Marketing Strategy ". 4Th. Ed. London, Irwin, 1996. p.391.

(32) Parrillo. V. N.: "Contemporary Social Problems". 5Th. Ed. London, Allyn and Bacon, 2002, p. 36.

(٣٣) أحمد مجدي حجازي: ثقافة الاستهلاك والتنمية الاجتماعية. مرجع سابق، ص١١٩.

(٣٤) صالح علي حسن: رحلة الدواء من المصدر الي المريض. عبدالله الرشيد (محررا): في الدواء والصناعات الدوائية، الجزء الأول، مجلة العلوم والتقنية، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، السنة الخامسة، العدد(١٧)، يوليه ١٩٩١، ص٤.

(٣٥) شحاته قنواتي: تاريخ الصيدلة والعقاقير في العهد القديم والعصر الوسيط. ط٢، بيروت ، أوراق شرقية للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٦، ص١٢.

(36)Charles D. H & Richard. S.: Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes. A Management Systems Approach , Boca Raton London, New York, CRC Press LLC, 2003, p.80.

(٣٧) رياض رمضان العلمي: الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم.عالم المعرفة، العدد١٢١ ، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، يناير ١٩٨٨،ص١٢.

(٣٨) بسام الحلاق وربي السعيد: علم الدواء الحديث. عمان، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ٢٠٠٥، ص ص ١١-١٣.

(٣٩) حسنية موسى: الدواء والمداواة بين الماضي والحاضر والمستقبل. سلسلة دنيا العلم، الكتاب التاسع، القاهرة، المكتبة الأكاديمية، ٢٠٠٤، ص١١.

(٤٠) حسام الدين أبو السعود: الدواء شفاء وداء. الرياض، مطابع الأفست بشركة الإعلانات الشرقية ، ١٩٩٦، ص٢٢..

(٤١) عبد الرحمن عقيل وعز الدين الدنشاري: التثقف الدوائي . الرياض، عمادة شئون المكتبات، ١٩٨٧، ص٧.

(٤٢) عز الدين الدنشاري: الاستخدام الأمثل للدواء له أصوله وقواعده. كتاب الشعب الطبي، العدد(٢٧)، القاهرة ، دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر، ٢٠٠٠، ص٨.

(٤٣) محمد رءوف حامد: الدواء في مصر الأوضاع والمستقبليات. إعداد: برنامج السياسات والنظم الصحية: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية. القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئة،٢٠٠٥، ص١٨٠.

(٤٤) عبد الحكيم عبد الله النسور: الأداء التنافسي لشركات صناعة الأدوية الأردنية في ظل الانفتاح الاقتصادي. رسالة دكتوراه، قسم الاقتصاد والتخطيط، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، الجمهورية العربية السورية، ٢٠٠٩، ص٢٨.

(٤٥) محمد رءوف حامد: الدواء في مصر الأوضاع والمستقبليات. مرجع سابق، ص١٨٠.

(٤٦) بشير العلاق: التسويق الصيدلاني. عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧، ص٩٨.

(٤٧) بشير العلاق: المرجع السابق. ص٩٩.

(٤٨) مجمع اللغة العربية: المعجم الوسيط. ط٤، القاهرة، مكتبة الشروق الدولية، ٢٠٠٤، ص٩٨.

(٤٩) الراغب الأصفهاني: المفردات في غريب القرآن.الجزء الأول، تحقيق:مركز الدراسات والبحوث بمكتبة نزار مصطفى الباز، بيروت، مكتبة نزار مصطفى الباز، ٢٠٠٩، ص ١٠٣.

(٥٠)التيجاني مياطة: دور التراث المادي واللامادي لمجتمع وادي سوف في تحديد ملامح الهوية الثقافية وتكامله. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد السادس ، ابريل ٢٠١٤، ص ١٥٤.

(51) J. Bryan: The Concept of Culture: A Core Issue in Health Disparities. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 82, No. 2, Supplement 3, 2005, P. 34.

(٥٢) بهاء الدين إبراهيم سلامه: الصحة والتربية الصحية. القاهرة، دار الفكر العربي، ١٩٩٧، ص٢٣.

(٥٣) سهام كامل وآخرون : الثقافة الاستهلاكية للدواء في أطار حماية المستهلك العراقي، دراسة تحليلية. المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مركز بحوث السوق وحماية المستهلك – جامعة بغداد، مجلد (١) عدد (١)، أيلول ٢٠٠٩، ص٥١.

(٥٤) فوزية برسولي: تحليل سلوك لمستهلك تجاه الأدوية. دراسة ميدانية بمدينة باتنة، رسالة ماجستير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر- باتنة، الجزائر، ٢٠١١، ص٤٥.

(٥٥)عز الدين الدنشاري: الاستخدام الأمثل للدواء له أصوله وقواعد. مرجع سابق، ص ص ٨-١٠.

(٥٦) فوزية برسولي: مرجع سابق. ص٥٠.

(٥٧) محمود ياسين، عبد الرحمن العوضي: الدواء والإدمان. الكويت، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية،١٩٨٢، ص ص ٣٥-٣٧.

(٥٨) حسام الدين أبو السعود: مرجع سابق. ، ص ٩.

(٥٩) محمود ياسين، عبد الرحمن العوضي: مرجع سابق. ص ص٢١-٢٣.

(٦٠) عز الدين الدنشاري وعبد الله البكيري: الدواء وصحة المجتمع، الرياض، مكتب التربية العربي لدول الخليج، ١٩٩٤، ص ٥٥.

(٦١) عز الدين الدنشاري وعبد الله البكيري: المرجع السابق. ص ٥٥.

(٦٢)عبد الرحمن عقيل، عز الدين الدنشاري: التثقيف الدوائي. مرجع سابق، ص ١٦.

(٦٣)غسان حجازي وآخرون: علم الدواء. عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧، ص١٢.

(٦٤)غسان حجازي وآخرون: المرجع السابق. ص١٢.

(٦٥)عبد الرحمن عقيل، عز الدين الدنشاري: التثقيف الدوائي. مرجع سابق، ص١٦.

(٦٦) محمد عبده بدر الدين: جغرافية الدواء. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٣، ص ١٥٧.

(٦٧) عز الدين الدنشاري وعبد الله البكيري: الدواء وصحة المجتمع، مرجع سابق، ص ٥٨.

(٦٨) عبد الرحمن عقيل، عز الدين الدنشاري. مرجع سابق، ص ١٧.

(٦٩)عز الدين الدنشاري: الدواء الأخطاء والمحاذير. كتاب الهلال الاقتصادي، العدد (٣٩)،القاهرة، دار الهلال، نوفمبر،٢٠٠٣، ص٢٣.

(٧٠) عز الدين الدنشاري. المرجع السابق، ص ٢٤.

(٧١) عز الدين الدنشاري وعبد الله محمد البكيري: الدواء وصحة المجتمع، مرجع السابق، ص ٥٨.

(٧٢)عبد الرحمن عقيل، عز الدين الدنشاري. مرجع سابق، ص ١٧.

(٧٣) فتحي حسن الجمل: نوعية الحياة وثقافة استهلاك الدواء- دراسة ميدانية علي عينة من الأسر بمحافظة سوهاج. رسالة دكتوراة، قسم الاجتماع ، كلية الآداب، جامعة سوهاج، ٢٠١٧.

(٧٤)عبد الرحمن عقيل، عز الدين الدنشاري. مرجع سابق، ص ١٧.

(٧٥) عز الدين الدنشاري: الاستخدام الأمثل للدواء له أصوله وقواعد. مرجع سابق، ص١٤.

(٧٦) سهام كامل وآخرون : مرجع سابق. ص٥١.

(٧٧) احمد محمد عوف: أنت والدواء. سلسلة العلم والحياة، العدد (٤٢)،القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٤، ص٦.

(78) Gunter .B. and Furnham .A.: "Children Consumers – A psychological Analysis of The Young People's Market". London, Routledge, 1998, P. 13.

.

(79) Semin .G.R. And Fiedler .K: "Applied Social Psychology" .London, Sage Publications, 1996, P.186.

(80) Peter .J.P. And Olson .J.C. :"Consumer Behavior And Marketing Strategy ". 4Th. Ed., London, Irwin, 1996, Pp., 460- 461.-

(٨١) مها سليمان محمد أبو طالب: ترشيد المستهلك والاستهلاك وتحديات المستقبل. دبي، دار القلم للنشر والتوزيع، ١٩٩٩، ص٣٣.

(٨٢) ابتسام علام: الجماعات الهامشية – دراسة أنثروبولوجية لجماعة المتسولين بمدينة القاهرة. القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، ٢٠٠٢، ص ١٣٥.

(٨٣) حماني فضيلة: مؤسسات التعليم العالي وتشكيل مجتمع المعرفة- جامعة ورقلة نموذجا. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة، الجزائر ،٢٠١٤،ص٧٨.

(٨٤) عمر خير الدين: التسويق والإستراتيجيات. القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧، ص ص ١٢٠-١٢١.

(٨٥) أحمد محمد عوف: مرجع سابق. ص١٦-١٧.

(٨٦) سامي عبد القوي: مقدمة في علم الأدوية النفسية. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٩٦، ص ٤٨.

(٨٧)عيساني رفيقة: مسئوولية الإطباء في المرافق الإستشفائية العمومية. رسالة دكتوره، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ابو بكر بلقايد ، تلمسان، الجزائر، ٢٠١٦، ص٣٠.

الفصل الثاني

مؤشرات الوضع الصحي في مصر - حالة سوهاج.

تمهيد.

أولا- مراكز تقديم الخدمة الصحية.

ثانياً- القوة العاملة في قطاع الخدمات الصحية.

ثالثاً- الإنفاق علي الصحة.

رابعا- إنتاج الدواء.

خامساً- الحالة الصحية للسكان.

تمهيد:

تعد الصحّة الجيدة عامل مساهم ورئيس في النمو الاقتصادي وليست مجرد نتيجة له، ويعتبر التمتع بالصحة وتأمين الرعاية الصحّية لكل المواطنين - بغض النظر عن قدرتهم على الدفع- من المبادئ الدستورية، والتوجّهات الاجتماعية للدولة، فالاهتمام بالرعاية الصحية للموطنين هدف رئيس لتحسين الخصائص السكانية للمجتمع، وبالتالي أصبح حقُ المواطن في الحصول علي الرعاية الصحية في وطنه أحد دعائم المجتمع الرئيسية للتنمية، ومظهراً لحضارته، وأساساً هاماً لاستقراره ورضاه، وبناءً عليه أصبح مفهوم الرعاية الصحية لا يقتصر علي تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية فقط؛ بل تعداها ليشمل مفهوم الحفاظ علي الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع والحفاظ علي حقوق الإنسان، وبذلك تعتمد الرعاية الصحية علي أسس محدده أهمها: توافرها للمواطن بالقرب من مكان معيشته وعمله، وجودة مناسبة، وإتاحتها للمواطنين بما يتناسب مع قدرتهم على تحمل تكاليفها بالنسبة لدخلهم[١].

لذا يعد القطاع الصحي من أهم القطاعات التي تمس حياة الإنسان ووجوده ويعتبر قطاعاً أساسياً يساهم في تمكين المواطن من التمتّع بحياة مثمرة اجتماعياً واقتصادياً. وبالتالي فإن الحصول علي خدمة صحية متميزة يضع الدولة أمام معادلة صعبة هي توفير خدمة صحية جيدة تلبي مطالب واحتياجات المواطنين، خاصة في ظل الزيادة السكانية، بجانب الارتفاع المستمر للتكلفة الصحية للمواطن من وقاية وعلاج وإعادة تأهيل حتى يشعر المواطن أنه تحت

مظلة من الرعاية الصحية متى احتاج إليها، سواء في الحوادث الطارئة أو الحالات العاجلة أو الحالات المرضىة المزمنة المكلفة علاجيا. [٢]

وفيما يلي يمكننا التعرض لأهم مؤشرات الوضع الصحي في المجتمع المصري علي النحو الأتي:

أولا- مراكز تقديم الخدمة الصحية:

لاشك أن حق المواطن في الحصول على الرعاية الصحية في وطنه أحد دعائم المجتمع الرئيسية، ومظهر لحضارته، وأساس هام لاستقراره ورضاه، ولقد امتد مفهوم الرعاية الصحية ليشمل مفهوم الحفاظ علي الصحة العامة ضمن إطار التنمية البشرية للمجتمع والحفاظ على حقوق الإنسان، بالإضافة إلي تقديم الخدمات التشخيصية والعلاجية والتأهيلية، لذا تعتمد الرعاية الصحية على أسس محدده أهمها: مدى توافرها للمواطن بالقرب من مكان معيشته وعمله، توفرها بجوده معينه، وقدره المواطن على الحصول عليها وقدرته على تحمل تكاليفها بالنسبة لدخله. وفيما يلي نعرض لأهم مراكز تقديم الخدمة علي النحو الأتي:

١.المستشفيات والمنشآت الصحية:

تقدم وزارة الصحة خدماتها الصحية العامة والخاصة، عبر منافذ عدة، تتمثل في: مستشفيات تابعة لوزارة الصحة، ومستشفيات المؤسسة العلاجية، والأمانة المتخصصة للمستشفيات، ومستشفيات وعيادات التأمين الصحي، ومستشفيات جامعية وتعليمية، بالإضافة لمستشفيات تابعة لوزارات مختلفة،

كالداخليـة والكهربـاء والنقـل والـدفاع، والمستشـفيات الخاصـة والمستوصـفات الأهلية[٣]. وفيما يلي يمكن التعرف علي حجم تلك المنشآت الصحية علي النحو التالي:

جدول رقم (١)

المستشفيات والمنشآت الصحية طبقا للقطاع لعام ٢٠١٦م.

إجمالي المنشآت العلاجية علي مستوى الجمهورية			إجمالي المنشآت العلاجية في محافظة سوهاج		
المنشآت	العدد	%	المنشآت	العدد	%
حكومي	٦٦٢	٣٩,٤	حكومي	٢٣	٤٤,٢
خاص	١٠١٧	٦٠,٦	خاص	٢٩	٥٥,٨
الإجمالي	١٦٧٩	١٠٠	الإجمالي	٥٢	١٠٠
عدد السكان	٩١٠٢٣٣٩٣	٠,٢ وحدة	عدد السكان	٤٧٩٦٤٢٦	٠,١ وحدة
عدد الوحدات *١٠٠٠٠ نسمة/ عدد السكان = معدل نصيب ١٠٠٠٠نسمة من الوحدات					
المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: مصر فى أرقام ٢٠١٨.					

تشير بيانات الجدول السابق إلي أن القطاع الخاص يسهم بشكل كبير في الاستثمار في مجال الصحة، حيث بلغت نسبة منشآت القطاع الخاص (٦٠,٦%) من إجمالي المنشآت العلاجية علي مستوى الجمهورية، بينما بلغت نسبة منشآت القطاع الحكومي (٣٩,٤%) من إجمالي المنشآت العلاجية علي مستوى الجمهورية، وبالرغم من ذلك إلا أن معدلات المنشآت الصحية بوزارة الصحة قد بلغت (٠,٢) منشأة لكل عشرة آلاف من السكان علي مستوى الجمهورية، بينما بلغت تلك المعدلات (٠,١) منشأة لكل عشرة آلاف من السكان علي مستوى محافظة سوهاج. مما يؤكد أن محافظة سوهاج لا تتمتع

بنفس الخدمات التي يتمتع بها غيرها من المحافظات الأخري وفقاً لإجمالي عدد السكان علي مستوى الجمهورية. وبالتالي فهي تعاني من نقص في عدد المنشآت الصحية، التي يترتب علي نقصها تكدس الأقبال علي تلك المنشآت لتلقي الخدمة والرعاية الصحية، وإنتشار الأمراض، وعدم المساواة بينها وبين المحافظات الآخري في تناسب عدد المنشآت الصحية مع عدد السكان.

٢.أَسِرَّة المستشفيات والمنشآت الصحية:

تأتي الأَسِرَّة - سواء كانت بأجر أو بدون أجر- ثاني تلك الخدمات الصحية الموجودة بالمنشآت العلاجية، والمخصصة لمرضى العيادة الداخلية ولا تعتبر أَسِرَّة الطوارئ أو الأَسِرَّة التى يستخدمها الأطباء وهيئة التمريض وإدارة المنشأة بالاستراحة والإقامة ضمن أسره المنشأة. وفيما يلي بيان بتعداد تلك الأَسِرَّة .

جدول رقم (٢) إجمالي عدد الأَسِرَّة بالمستشفيات والوحدات الصحية والمؤسسات العلاجية طبقا للقطاع لعام ٢٠١٦م.

إجمالي الأَسِرَّة علي مستوى الجمهورية			إجمالي الأَسِرَّة لمحافظة سوهاج		
الأَسِرَّة	العدد	%	الأَسِرَّة	العدد	%
حكومي	٩٣٨٩٧	٧٤,٢	حكومي	٣٢٩٧	٨٥,٢
خاص	٣٢٦٩٨	٢٥,٨	خاص	٥٧٤	١٤,٨
الإجمالي	١٢٦٥٩٥	١٠٠	الإجمالي	٣٨٧١	١٠٠
عدد السكان	٩١٠٢٣٣٩٣	١٤سرير	عدد السكان	٤٧٩٦٤٢٦	٨,١
عدد الأَسِرَّة *١٠٠٠٠ نسمة/ عدد السكان = معدل نصيب ١٠٠٠٠نسمة من الأَسِرَّة					
المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: مصر فى أرقام ٢٠١٨.					

يعكس الجدول السابق أن القطاع الحكومي بالرغم من قلة عدد المنشآت الصحية به مقارنةً بالقطاع الخاص إلا أنه يحتوي علي ثلاثة أضعاف عدد الأَسِرَّة الموجودة في القطاع الخاص، حيث بلغت نسبة أَسِرَّة القطاع الحكومي (٧٤,٢%) من إجمالي أَسِرَّة المنشآت العلاجية علي مستوى الجمهورية، بينما بلغت نسبة أَسِرَّة منشآت القطاع الخاص (٢٥,٨%) من إجمالي المنشآت العلاجية علي مستوى الجمهورية، وبالرغم من ذلك إلا أن معدلات الأَسِرَّة في المنشآت العلاجية بوزارة الصحة قد بلغت (١٤) سريرًا لكل عشرة آلاف من السكان علي مستوى الجمهورية، بينما بلغت تلك المعدلات (٨,١) سرير لكل عشرة آلاف من السكان علي مستوى محافظة سوهاج. مما يؤكد أن محافظة سوهاج لا تتمتع بنفس الخدمات التي يتمتع بها غيرها من المحافظات الأخري وفقاً لإجمالي عدد السكان علي مستوى الجمهورية.

٣.مراكز الإسعاف:

توفر وزارة الصحة مراكز الإسعاف كإحدى الخدمات الصحية، التي تقدم المساعدة الأولية والفورية لأي مصاب في حالة وقوع حادث أو إصابات مفاجئة، ويوجد بالمراكز مقومات هذه الخدمة من أجهزة طبية وسيارات إسعاف وأطباء ومسعفين، والجدول التالي يوضح تعداد تلك المراكز.

جدول رقم (٣) مراكز الإسعاف لعام٢٠١٦م.

مراكز الإسعاف علي مستوى الجمهورية في عام٢٠١٦م.			
وجه	عدد مراكز	عدد السكان في	متوسط ما يخدمه كل مركز

المقارنة	الإسعاف	منتصف ٢٠١٦	إسعاف من السكان بالألف
مصر	١٥٦١	٩١٠٢٣٣٩٣	٥٨
سوهاج	٥١	٤٧٩٦٤٢٦	٩٤
عدد السكان/ عدد مراكز الاسعاف = المتوسط			
الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: مصر فى أرقام ٢٠١٨.			

يشير الجدول السابق أن وزارة الصحة والسكان توفر (١٥٦١) مركز إسعاف على مستوى الجمهورية، منها (٥١) مركز إسعاف بمحافظة سوهاج، وبالرغم من ذلك يبلغ متوسط ما يخدمه كل مركز إسعاف من السكان علي مستوى الجمهورية (٥٨٠٠٠)، بينما يبلغ متوسط ما يخدمه كل مركز إسعاف من السكان على مستوى محافظة سوهاج (٩٤٠٠٠). مما يؤكد أيضا أن محافظة سوهاج لا تتمتع بنفس الخدمات التي يتمتع بها غيرها من المحافظات الأخري وفقاً لإجمالي عدد السكان علي مستوى الجمهورية.

٤ .مكاتب فحص الراغبين في الزواج وتحسين صحة البيئة:

تعمل مكاتب فحص الراغبين في الزواج علي نشر الوعي فيما يخص مفهوم الزواج الصحي الشامل، بفحص طبي للمقبلين على الزواج، للكشف عن بعض الأمراض المعدية، والوراثية، بهدف حماية الأبناء من الأمراض الوراثية المختلفة بإذن الله، وحماية الأفراد من الأمراض المعدية التي تنتقل بين الزوجين أيضاً. بينما تسعي الإدارة العامة لصحة البيئة من خلال مكاتب صحة البيئة المحافظة على الصحة العامة للمواطنين، من خلال الرقابة على عناصر البيئة المختلفة "المقابر– السلخانات – نقاط الذبيح – دورات المياه العامة – دورات

مياه دور العبادة – مقالب القمامة وأعمال النظافة العامة – مصانع تدوير القمامة – الشكاوى الصحية – حظائر المواشي والحيوانات ومزارع الدواجن – البرك والمستنقعات – الأراضي الفضاء –المعسكرات – الأسواق العامة" عن طريق التأكد من استيفاء المرافق العامة للاشتراطات الصحية للقوانين والقرارات المنظمة وتحديد أوجه القصور وإخطار الجهات المحلية والتنفيذية بها، وفيما يلي بيان بعدد تلك المكاتب:

جدول رقم (٤) مكاتب فحص الراغبين في الزواج وتحسين صحة البيئة للقطاع الحكومي لعام ٢٠١٦.

وجه المقارنة	مكاتب فحص الراغبين في الزواج			مكاتب تحسين صحة البيئة		
	العدد	عدد السكان في منتصف ٢٠١٦	متوسط ما يخدمه كل مكتب بالألف	العدد	عدد السكان في منتصف ٢٠١٦	متوسط ما يخدمه كل مكتب بالألف
مصر	٤٦٢	٩١٠٢٣٣٩٣	١٩٧	٢٩٧	٩١٠٢٣٣٩٣	٣٠٦
سوهاج	١٣	٤٧٩٦٤٢٦	٣٧	١١	٤٧٩٦٤٢٦	٤٤
عدد السكان/ عدد المكاتب = المتوسط						
المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: مصر فى أرقام ٢٠١٨.						

يشير الجدول السابق أن وزارة الصحة والسكان توفر(٤٦٢) مكتب فحص الراغبين في الزواج علي مستوى الجمهورية، منها (١٣) مكتب بمحافظة سوهاج، يبلغ (١٩٧٠٠٠) متوسط ما يخدمه كل مكتب فحص من السكان علي مستوى الجمهورية، ويبلغ متوسط ما يخدمه كل مكتب فحص من السكان علي

مستوى محافظة سوهاج (٣٧٠٠٠). كما توفر وزارة الصحة والسكان (٢٩٧) مكتب تحسين صحة البيئة علي مستوى الجمهورية، منها (١١) مكتب بمحافظة سوهاج، يبلغ (٣٠٦٠٠٠) متوسط ما يخدمه كل مكتب تحسين صحة البيئة من السكان علي مستوى الجمهورية، ويبلغ متوسط ما يخدمه كل مكتب تحسين صحة البيئة من السكان علي مستوى محافظة سوهاج (٤٤٠٠٠).

مما سبق يتضح أن محافظة سوهاج تتمتع بوفرة في خدمات مكاتب فحص الراغبين في الزواج وتحسين صحة البيئة كإحدي الخدمات الصحية التي توفر وزارة الصحة، بشكل يفوق نظائرها من بعض المحافظات الآخري. فعملية فحص ما قبل الزواج تعد من أهم الأحداث التي تحصل في حياة الفرد، فمن خلالها يستطيع إنشاء أَسِرَّة، والدخول في مرحلة جديدة في تكوين العلاقات العاطفية، والاجتماعية الأسرية، والصحية.

وحتى يضمن الطرفان الزواج الناجح والصحي، لابدَّ من إجراء فحص ما قبل الزواج، للتأكد من خلوهما من جميع الأمراض الوراثية، والمعدية، والوقاية منها، لتجنب عدم انتقالها للأبناء فيما بعد.

ومن هذا المنطلق أصبح الفحص الطبي قبل الزواج من القضايا الشائكة، حيث يوجد لها أبعاد متفاوتة، فقد تكون سبباً جيداً في إنجاح العلاقة الزوجية وتقويتها، وبالمقابل قد تؤدي دوراً كبيراً في عملية اتخاذ القرار الصعب بالانفصال الفوري، ومهما كانت النتائج مؤلمة إلا أن الحقيقة التي لا تقبل النقاش هي؛ أن الفحص الطبي قبل الزواج أصبح أمراً في غاية الأهمية، لتجنب

حدوث مشكلات مستقبلية تؤثر بشدة على العلاقة الزوجية، والحقيقة الأكثر تعقيداً أن المجتمع مازال يرفض تلك الحقيقة بشدة، حيث يعتبرها إهانةً أو عيباً، ويجب عدم الخوض فيه، أو حتى التلميح إليه، لأنه باعتقادهم يسبب إهانة للطرف الآخر لا يمكن نسيانها[٤].

٥.مكاتب الصحة ووحدات الرعاية الصحية الأولية:

تتمثل خدمات الرعاية الصحية الأولية في التعامل مع الحالات الطارئة والعاجلة واجراء الجراحات البسيطة، وخدمات الأطفال كالتطعيمات ومتابعة النمو والتطور، وخدمات المرأة من متابعة للحمل والولادة الطبيعية وتنظيم الأسرة والصحة الإنجابية، بالإضافة إلى الخدمات الدوائية.

كما أنها تقدم خدمات الصحة العامة كمقاومة الأمراض المعدية وناقلات الأمراض، وخدمات مكتب الصحة من تسجيل للمواليد والوفيات والترصد، والتثقيف الصحى وخدمات الأسنان، الوقائية منها والعلاجية، وخدمات الأشعة التشخيصية والسونار ورسم القلب والتحاليل، بالإضافة إلى وجود أخصائيين لتخصصات الباطنة والأطفال والنساء والولادة وطب الأسرة وخدمات الولادة الطبيعية.

جدول رقم (٥)

مكاتب الصحة ووحدات الرعاية الصحية الأولية للقطاع الحكومي لعام ٢٠١٦.

وجه المقارنة	وحدات الرعاية الصحية الأولية			مكاتب الصحة		
	العدد	عدد السكان في منتصف	متوسط ما يخدمه	العدد	عدد السكان في منتصف	متوسط ما يخدمه

		٢٠١٦	كل مكتب بالألف		٢٠١٦	كل مكتب بالألف
مصر	٥٠٧٠	٩١٠٢٣٣٩٣	١٨	٣٢٥	٩١٠٢٣٣٩٣	٢٨٠
سوهاج	٣٣٩	٤٧٩٦٤٢٦	١٤	٩	٤٧٩٦٤٢٦	٥٣٢

عدد السكان/ عدد المكاتب أو الوحدات = المتوسط

المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: نشرة الصحة ٢٠١٦

يشير الجدول السابق أن وزارة الصحة والسكان توفر(٥٠٧٠) وحدة رعاية صحية أولية علي مستوى الجمهورية، منها (٣٣٩) وحدة رعاية صحية أولية بمحافظة سوهاج، يبلغ (١٨٠٠٠) متوسط ما يخدمه كل مكتب فحص من السكان علي مستوى الجمهورية، ويبلغ متوسط ما يخدمه كل مكتب فحص من السكان علي مستوى محافظة سوهاج (١٤٠٠٠). كما توفر وزارة الصحة والسكان (٣٢٥) مكتب صحة علي مستوى الجمهورية، منها (٩) مكاتب بمحافظة سوهاج، يبلغ (٢٨٠٠٠٠) متوسط ما يخدمه كل مكتب صحة من السكان علي مستوى الجمهورية، ويبلغ متوسط ما يخدمه كل مكتب صحة من السكان علي مستوى محافظة سوهاج (٥٣٢٠٠٠). مما يؤكد أيضًا أن محافظة سوهاج لا تتمتع بنفس الخدمات التي يتمتع بها غيرها من المحافظات الأخري وفقًا لإجمالي عدد السكان علي مستوى الجمهورية.

٦.الصيدليات:

تعد الصيدليات جزءًا لا يتجزأ من العناية الصحية ولا يمكن الاستغناء عنها، فهي تقدم الدواء للمرضي عن طريق روشتة الطبيب أو بدونها لعلاج

بعض العلل البسيطة التي لا تحتاج لوصف من قبل الطبيب، كما توفر الصيدلي الذي يعد الخبير الأول في الدواء ونقطة الالتقاء الأولى والمتكررة مع المريض للاستعلام عن الأشياء المتعلقة بالصحة والمرض، وهذا ما يجعل للصيدلى دور كبير في الرعاية الصحية للمريض. والجدول التي يوضح عدد الصيدليات علي مستوى الجمهورية:

جدول رقم (٦) الصيدليات العامة لعام٢٠١٦م.

الصيدليات العامة علي مستوى الجمهورية لعام٢٠١٦م.				
وجه المقارنة	عدد الصيدليات	صيدليات الخدمة الليلة	عدد السكان في منتصف ٢٠١٦	متوسط ما تخدمه كل صيدلية من السكان بالألف
مصر	٦٨٦٠١	١٨٣	٩١٠٢٣٣٩٣	١٣٣
سوهاج	٣١٢٠	٧	٤٧٩٦٤٢٦	١٥٤
عدد السكان/ عدد مراكز الاسعاف = المتوسط				
الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: مصر فى أرقام ٢٠١٨.				

يشير الجدول السابق أن وزارة الصحة والسكان توفر(٦٨٦٠١) صيدلية عامة علي مستوى الجمهورية، منها (٣١٢٠) صيدلية عامة بمحافظة سوهاج، يبلغ (١٣٣٠٠٠) متوسط ما تخدمه كل صيدلية من السكان علي مستوى الجمهورية، ويبلغ متوسط ما تخدمه كل صيدلية من السكان علي مستوى محافظة سوهاج (١٥٤٠٠٠). مما يؤكد أيضًا أن محافظة سوهاج لا تتمتع بنفس الخدمات التي يتمتع بها غيرها من المحافظات الأخري وفقاً لإجمالي عدد

السكان علي مستوى الجمهورية.

ثانياً- القوة العاملة في قطاع الخدمات الصحية :

في إطار اهتمام الدولة بتوفير الرعاية الصحية، يشير "تقرير مصر في أرقام ٢٠١٨م." التابع لوزارة الصحة والسكان الخاص بالرعاية الصحية إلي أن: عدد الأطباء البشريين والصيادلة وأطباء الاسنان وهيئة التمريض القائمين بالعمل بديوان عام الوزارة ومديريات الشئون الصحية والسكان والجهات التابعة لوزارة الصحة بالقطاع الحكومي لعام ٢٠١٦م. قد بلغ ٣٥٥٢٨١ موظفاً، منهم ١٠٣٣٣٧ طبيباً بشرياً بمعدل ٨,٨ طبيباً لكل ١٠٠٠٠ نسمه من السكان، وعدد ٤٤٣١٠ صيدلياً بمعدل ٤,٢ صيدلي لكل ١٠٠٠٠ نسمة من السكان، وعدد ٢٠٥٤٤ طبيب أسنان بمعدل طبيبان لكل ١٠٠٠٠ نسمه من السكان وعدد ١٨٧٠٩٠ ممرض بمعدل ١٣,٢ ممرض لكل١٠٠٠٠ نسمه من السكان.(٥) والجدول الأتي يوضح ذلك.

جدول رقم (٧) حجم العاملين في القطاع الصحي في منتصف عام ٢٠١٦م.

العامون علي مستوى الجمهورية			العاملون في سوهاج		
المهنة	العدد	١٠٠٠٠/ ن	المهنة	العدد	١٠٠٠٠/ن
الأطباء البشريون	١٠٣٣٣٧	٨,٥	الأطباء البشريون	٣٠٠٠	٦,٣
أطباء الاسنان	٢٠٥٤٤	٢	أطباء الاسنان	٦٠٢	١,٣
الصيادلة	٤٤٣١٠	٤,٢	لصيادلة	١٧٠٦	٣,٦

هيئة التمريض	١٨٧٠٩٠	١٣,٢	هيئة التمريض	٣١٧٧	٦,٦
المجموع	٣٥٥٢٨١	٩١٠٢٣٣٩٣	المجموع	٨٤٨٥	٤٧٩٦٤٢٦
عدد العاملين*١٠٠٠٠ نسمة/ عدد السكان= معدل نصيب١٠٠٠٠نسمة من العامليين					
المصدر: الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: مصر فى أرقام ٢٠١٨.					

يشر الجدول السابق إلي أن معدلات الخدمة الطبية بوزارة الصحة قد بلغت (٨,٥) طبيب بشري، وطبيبان أسنان، و(٤,٢) صيدلي، و(١٣,٢) هيئة تمريض لكل عشرة آلاف من السكان علي مستوى الجمهورية، بينما بلغت تلك المعدلات (٦,٣) طبيب بشري، و(١,٣) طبيب أسنان، و(٣,٦) صيدلي، و(٦,٦) هيئة تمريض لكل عشرة آلاف من السكان علي مستوى محافظة سوهاج. مما يؤكد أن محافظة سوهاج لا تتمتع بنفس الخدمات التي يتمتع بها غيرها من المحافظات الأخري وفقاً لإجمالي عدد السكان علي مستوى الجمهورية.

كما أن هذه الخدمات لا يمكن الانتفاع بها بصورة كاملة إلا إذا صُحِبَ ذلك التمتع بوعي صحي من جانب المواطنين، فتعاون الأهالي وتجاوبهم مع الجهات الحكومية من العوامل المهمة التي تساعد علي التقدم بالمستوى الصحي للمجتمع. وبناء عليه؛ يجسد مقدمو خدمات الرعاية الصحية القيم الأساسية للنظام، فهم يداوون المرضى ويرعونهم، ويخففون ألامهم ومعاناتهم، ويوفرون الوقاية من الأمراض ويحدون من المخاطر المحتملة، فهم الروابط الإنسانية بين

المعرفة والعمل الصحي.[٦]

ثالثاً- الإنفاق علي الصحة:

يؤدي الإنفاق علي الصحة أدوار مهمة، فهو من جهة يسهم في إيصال الخدمات الصحية إلي كافة أرجاء البلاد، خاصة تلك التي يعود النفع منها علي القطاعات العريضة من السكان مثل: التطعيمات ضد الأمراض، ومعالجة انتشار الأوبئة، والأمراض المستوطنة وغيرها، كما أنه من جهة أخري يسهم في تعزيز قدرة الأسر علي تحمل تكاليف العلاج، ويرفع العبء عن كاهل الشرائح الدنيا من الطبقة الوسطي والفقراءغير القادرين، فهؤلاء لا يستطيعون تمويل الإنفاق علي الرعاية الصحية لهم ولأسرهم من دخلهم المحدود.[٧] ويتضح ما تنفقه الدولة علي الصحة من الموازنة العامة من خلال الأتي:

١- الإنفاق العام للدولة على الصحة:

بلغت نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة التي تنعكس بشكل مباشر على الخدمة المقدمة للمواطنين(١,٣٤%) من الناتج المحلي الإجمالي المتوقع للعام المالي ٢٠١٧-٢٠١٨، وهي النسبة التي تعد أقل من نصف الاستحقاق الدستوري البالغ (٣%) وبذلك تقل نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة هذا العام عن العام المالي الماضي. والجدول التالي يوضح ما تنفقه الدولة على الصحة طبقا للموازنة العامة للدولة:

جدول رقم(٨) الإنفاق العام للدولة على الصحة طبقا للموازنة العامة للدولة لعام(٢٠١٤/٢٠١٥ حتي ٢٠١٧/٢٠١٨)

الإنفاق العام للدولة	٢٠١٤/ ٢٠١٥	٢٠١٥/ ٢٠١٦	٢٠١٦/ ٢٠١٧	٢٠١٧/ ٢٠١٨
الإنفاق العام للدولة	٧٨٩٤٣١	٨٦٤٥٦٤,١	٩٧٤٧٩٤	١٢٠٧١٣٨
الإنفاق العام على الصحة	٤٢٤٠١	٤٤٩٥٠,١	٤٨٩٤٤	٥٤٩٢٢
نسبة الإنفاق العام على الصحة إلى الإنفاق العام	٥,٣٧	٥,٢	٥,٠	٤,٥
الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: مصر فى أرقام ٢٠١٨.				**الوحدة بالمليون**

تعكس بيانات الجدول السابق أن هناك تراجع في نسبة إنفاق الدولة علي الصحة طبقا للموازنة العامة للدولة خلال الفترة (٢٠١٤/٢٠١٥ حتي عام ٢٠١٧/٢٠١٨)، حيث تبين أن هناك انخفاض وتراجع لنسبة الإنفاق العام على الصحة إلى الإنفاق العام، فقد سجلت أعلي نسبة (٥,٣٧%) في موازنة ٢٠١٤/٢٠١٥، ثم تراجعت هذه النسبة لتصل إلي (٥,٢%) طبقًا للموازنة العامة للدولة لعام٢٠١٥/٢٠١٦، ثم تراجعت أيضا هذه النسبة لتصل إلي (٥%) طبقا للموازنة العامة للدولة لعام٢٠١٦/٢٠١٧، ثم تراجعت هذه النسبة لتصل إلي (٤,٥%) طبقا للموازنة العامة للدولة لعام٢٠١٧/٢٠١٨.

ومن هذا المنطلق؛ تعكس هذه النسبة بداية من عام ٢٠١٤/٢٠١٥ تراجعاً عن الالتزام بالدستور المصري الذي تم إقراره في يناير ٢٠١٤، والذي رسم طريقاً واضحا لزيادة نسبة الإنفاق الحكومي علي الصحة في الموازنة

العامة للدولة، وكان ذلك لأول مرة في الدساتير المصرية، من خلال مادتين هما مادة (١٨) ومادة (٢٣٨). فقد نصت المادة (١٨) علي التزام الدولة بتخصيص نسبة من الإنفاق الحكومي علي الصحة لا تقل عن (٣%) من الناتج القومي الإجمالي تتصاعد تدريجيًا حتي تتفق مع المعدلات العالمية، كما نصت المادة (٢٣٨) علي التزام الدولة بالتدرج في تنفيذ المعدلات الواردة في المادة (١٨) بحيث نصل لهذه المعدلات في موازنة الدولة للعام المالي ٢٠١٦/٢٠١٧. وعلي الرغم من أن المادتين تلتزمان الدولة بزيادة نسبة الإنفاق علي الصحة وتوضحان بدقة مقدار الزيادة وكيف ومتي تحدث، إلا أن ما تم في موازنتي ٢٠١٤/٢٠١٥ و٢٠١٥/٢٠١٦ باعتبارهما أول موازنتان معتمدتان بعد قرار دستور ٢٠١٤، يمثل بعداً عن هذه المواد[٨].

إضافة إلي أن نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة في مصر منخفضة بشكل صادم مقارنة بالدول الشبيهة التي تنتمي لنفس التصنيف من حيث متوسط دخل الفرد، فقد أكدت بيانات منظمة الصحة العالمية، أن مصر تأتي في المركز ال٤٠ بين٤٦ دولة من دول الدخل المتوسط الأدنى (حسب تصنيف البنك الدولي) من حيث نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي، حيث يبلغ متوسط نسبة الإنفاق على الصحة من إجمالي الإنفاق الحكومي في هذه المجموعة من الدول ١٠,٣٨% [٩]، أي أن نسبة إنفاق الحكومة المصرية على الصحة (الذي بلغ في الموازنة المعتمدة لعام ٢٠١٧/٢٠١٨م. حوالي ٥٤٩٢٢ مليون جنيه، أي ما يعادل ٤,٥% من

إجمالي الإنفاق الحكومي) تمثل أقل من نصف متوسط ما تنفقه الدول من نفس مستوى الدخل.[١٠]

وتمثل تلك النسبة المنخفضة تخلفًا عن الالتزام الذي وافقت عليه مصر في إعلان أبوجا عام ٢٠٠١م. والذي أوصى الحكومات الإفريقية بزيادة نسبة الإنفاق على الصحة إلى ١٥% من إجمالي استخدامات الدولة، كما تمثل بعدًا عن الالتزام الدستوري بزيادة الإنفاق على الصحة ليصل ٣% من الناتج المحلي الإجمالي في الأعوام القادمة، هذا بالإضافة إلي أن انخفاض الإنفاق الحكومي على قطاع هام مثل الصحة يؤثر بشكل مباشر على زيادة أعباء الأسر، حيث ينتقل الإنفاق الصحي من علي كاهل الحكومة إلى كاهل الأسر المصرية[١١]. وفيما يلي بنود الإنفاق الحكومي علي الصحية:

أ- تكاليف علاج المواطنين على نفقة الدولة بالداخل والخارج:

تشير قرارات العلاج الصادرة عن مجلس الوزراء ووزارة الصحة والسكان لعام ٢٠١٦، إلي أن تكاليف علاج المواطنين علي نفقة الدولة بالداخل والخارج قد بلغت حوالي ٥٠٦٣٣٠٢١ جنيهاً، حيث تم علاج ٢٢٦٣٥١٦ مريض بداخل الدولة وذلك بتكلفة ٥٠٥٤٠٨٢ جنيهاً، وتم علاج ٥٣ مريضاً بالخارج برفقة ٦٢ فرداً وذلك بتكلفة ٩ مليون جنيه تقريباً.[١٢]، وفيما يلي بيان بما تنفقه الدولة علي علاج المواطنين بالداخل والخارج:

جدول رقم (٩) تكاليف علاج المواطنين على نفقة الدولة بالداخل والخارج لعام ٢٠١٦

مكان العلاج	عدد المرضى		تكاليف العلاج بالألف جنيه
	العدد	المرافق	
بالداخل	٢٢٦٣٥١٦	-	٥٠٥٤٠٨٢
الخارج	٦٢	٥٣	٨٩٣٩
الإجمالي	٢٢٦٣٥٧٨	٥٣	٥٠٦٣٣٠٢١
نشرة وزارة الصحة ٢٠١٦/ مصر في أرقام ٢٠١٨			

تأتي في مقدمة الأمراض التي تم علاجها: أمراض الباطنة بنسبة (٧٢,٧%) وتشمل الكبد والقلب والأنترفيرون، ثم الأورام بنسبة (١٠,٥%) ثم المسالك البولية بنسبة () ثم الأمراض العصبية بنسبة (٤,٣%)، ثم العظام بنسبة (٢,٨%)، ثم العيون بنسبة (٢,٥%) ثم النسا بنسبة (١,٤%)، ثم الجراحة بنسبة(١,٢%)، ثم أمراض الدم بنسبة (٠,٥%)، ثم الأنف والأذن والحنجرة بنسبة(٠,١%)، وكذلك الأمراض الجلدية بنسبة (٠,١%).

ب- قمية الدعم المقدم للفرد:

تعمل الدولة علي توفير الاحتياجات من الخدمات الصحية في المرافق الأساسية التي ترتبط بالصحة العامة، ولذا تقوم بدعم الأدوية وألبان الاطفال حيث تتحمل فروق التكلفة الناتجة عن استيراد الأدوية وألبان الأطفال، وبيعها بأسعار تقل عن تلفتها الاقتصادية، ويتم صرف هذا الدعم للجهة المنوطة بذلك وهي وزارة الصحة، كما تقوم الدولة بدعم قطاع التأمين الصحي للطلاب والمرأة المعيلة والأطفال دون سن المدرسة، والجدول الأتي يوضح ذلك.

جدول رقم (١٠)

تطور قيمة دعم بعض الخدمات الصحية (الأدوية وألبان الأطفال والتأمين الصحي) خلال الفترة (٢٠١٣/٢٠١٤- ٢٠١٨/٢٠١٩)

السنوات / فئات الدعم	٢٠١٣-٢٠١٤	٢٠١٤-٢٠١٥	٢٠١٥-٢٠١٦	٢٠١٦-٢٠١٧	٢٠١٧-٢٠١٨	٢٠١٨-٢٠١٩
الأدوية وألبان الأطفال	٢٥٧	٢٠١	٣٩٧	٥٢٤	١٠٠٠	١٠٠٠
جملة التأمين الصحي	٥٣٨	٦٣٩	٦٠٧	٧٥٨	٨٣١	٨٤٢,٥
الإجمالي العام	٧٩٥	٨٤٠	١٠٠٤	١٢٨٢	١٤٣١	١٨٤٢,٥
وزارة المالية- البيان المالي لمشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية ٢٠١٨/٢٠١٩						

تعكس بيانات الجدول السابق أن هناك زيادة في قيمة الدعم المقدم للتامين الصحي والأدوية وألبان الاطفال طبقا للموازنة العامة للدولة خلال الفترة (٢٠١٣/٢٠١٤ حتي عام ٢٠١٨/٢٠١٩)، حيث يمثل دعم الأدوية وألبان الاطفال ما تتحمله الدولة من فروق التكلفة الناتجة عن استيراد الأنسولين وألبان الأطفال وأيودات البوتاسيوم، وبيعها بأسعار تقل عن تكلفتها الاقتصادية، ويتم صرف هذا الدعم لوزارة الصحة، ولقد بلغت تقديرات دعم الأدوية وألبان الاطفال نحو١٠٠٠مليون جنيه بمشروع موازنة السنة المالية ٢٠١٨/٢٠١٩، في حدود الأعتماد المدرج لذات الغرض بموازنة السنة المالية السابقة ٢٠١٧/٢٠١٨.

كما تعكس بيانات الجدول السابق زيادة ملحوظة في الدعم المقدم للتأمين

الصحي، حيث يشير البيان المالي لمشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية ٢٠١٩/٢٠١٨م. إلي ارتفاع قيمة الدعم المقدم للتأمين الصحي من ٥٣٨ مليون جنيهًا عام ٢٠١٣/ ٢٠١٤م. إلى ٦٣٩ مليون جنيهًا عام ٢٠١٥/٢٠١٤م. ليصل إلى ٨٤٢,٥ مليون جنيهًا عام ٢٠١٩/٢٠١٨م. ليعكس مدي اهتمام القيادة بالتأمين الصحي، وكذلك التوسع في مظلة الفئات التي تشملها الرعاية الصحية، فقد شملت مظلة الرعاية الصحية إلي جانب طلاب المدارس والمرأة المعلية والأطفال دون سن المدرسة، الأفراد غير القادرين والتأمين الصحي علي الفلاحين، والجدول التالي يوضح ذلك:

جدول رقم (١١) الفئات المستفيدة من دعم التأمين الصحي

السنوات / الفئات المدعومة	٢٠١٣-٢٠١٤	٢٠١٤-٢٠١٥	٢٠١٥-٢٠١٦	٢٠١٦-٢٠١٧	٢٠١٧-٢٠١٨	٢٠١٨-٢٠١٩
الطلاب	٢٤٠	٢٦١	٢٦٤	٢٩٢	٣٣٠	٣٣٤
المرأة المعلية	١٢٤	١٩٨	١٥٧	١٥٧	١٦٦	١٦٥
الأطفال قبل المدرسة	١٧٤	١٨٠	١٨٦	٢٠٧	٢٣٢	٢٣٢
غير القادرين	-	-	-	٢	٣	١,٥
الفلاحون	-	-	-	١٠٠	١٠٠	١١٠
جملة	٥٣٨	٦٣٩	٦٠٧	٧٥٨	٨٣١	٨٤٢,٥
وزارة المالية- البيان المالي لمشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية ٢٠١٩/٢٠١٨						

تعكس بيانات الجدول السابق مدي التوسع في مظلة الدعم المقدم للتأمين الصحي، حيث يشير البيان المالي لمشروع الموازنة العامة للدولة للسنة المالية

٢٠١٩/٢٠١٨ إلي أن الدعم المقدم للتأمين الصحي في الموازنة العامة للصحة لعام ٢٠١٤/٢٠١٣ حتي عام٢٠١٦/٢٠١٥ كان يقتصر علي الدعم الصحي للطلاب والمرأة المعيلة والأطفال دون سن المدرسة، بينما في موازنة العامة لعام ٢٠١٧/٢٠١٦ حتي عام ٢٠١٩/٢٠١٨ تم إضافة غير القادرين والفلاحين في مظلة التأمين الصحي.

وبالرغم من الزيادة في الدعم المقدم للتأمين الصحي والتوسع في مظلة من يشمله الدعم؛ إلا أن الاحصائيات تشير إلي ضعف نصيب الأفراد من الدعم، حيث تشير البيانات التفسيرية الموضحة للموازنة العامة ٢٠١٩/٢٠١٨ إلي أن الدعم الموجه لطلاب المدارس ورياض الاطفال والمدارس المملوكة للدولة والمدارس الخاصة المعانة والمعاهد الازهرية يبلغ ٣٣٤ مليون جنيه لعدد ٢٢٢٦٦ مليون طالب بواقع ١٥ جنيه دعم سنوياً لكل طالب. وكذلك بالنسبة للمرأة المعيلة، فقد بلغ الدعم المقدم للتأمين الصحي للمرأة المعيلة ١٦٥ مليون جنية، وذلك لعدد ٨٢٥ ألف أمرأة معيلة، بواقع ٢٠٠ جنيه سنوياً عن كل امرأة، وكذلك بالنسبة للأطفال دون سن المدرسة، فقد بلغ الدعم المقدم للتأمين الصحي للأطفال دون سن المدرسة ٢٣٢ مليون جنية، وذلك لعدد ١٥,٥ مليون طفل، بواقع ١٥ جنيه سنويًا عن كل طفل، أما بالنسبة للفلاح، فقد بلغ الدعم المقدم للتأمين الصحي علي الفلاحين ١١٠مليون جنية، وذلك لعدد ٥٠٠ ألف فرد، ب واقع ٢٠٠ جنيه سنويًا عن كل فرد.

٢ـنصيب الفرد من الإنفاق علي الصحة:

يؤثر انخفاض نسبة الإنفاق الحكومي علـى قطاع الصحة علي زيادة أعباء الأسر، حيث ينتقل الإنفاق من كاهل الحكومة إلي ما تتحملة الأسرة المصرية من مصروفات علي الصحة تخرج من الجيب مباشرة. وفي هذا الإطار تكشف بيانات بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك الذي أجراه الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء لعام ٢٠٠٨-٢٠٠٩ أن متوسط الإنفاق السنوي للأَسِرَّة المصرية علي بنود الخدمات والرعاية الصحية بلغ ١١١٨,٤ جنيها خلال عام ٢٠٠٨/٢٠٠٩ م. وقد خصصت الأسرة ٥٤,٨% من هذا المبلغ للإنفاق علي المنتجات والأجهزة والمعدات الطبية، و٢٨,٩% للإنفاق علي العيادات الخارجية. ونسبة١٦,٣% للإنفاق علي خدمات الإقامة بالمستشفيات.[١٣]

بينما بلغ متوسط الإنفاق السنوي للأَسِرَّة المصرية علي بنود الخدمات والرعاية الصحية طبقا لمؤشرات بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠١٢/٢٠١٣م. ليصل إلي ٢٤١٦,٣ جنيهًا من إجمالي إنفاق ٢٦١٦١,٨ جنيهًا، أي ما يعادل نسبة ١٠,٨% من إجمالي الإنفاق الأسري، وبالتالي فقد تضاعف ما تنفقه الأسرة المصرية علي بنود الخدمات والرعاية الصحية خلال الأربعة أعوام السابقة[١٤].

رابعاً- انتاج الدواء:

تنفرد الأدوية بأهمية تميزها عن باقي السلع، ذلك لما لها من أبعاد اقتصادية

تتأثر مباشرةً بالأبعاد الاجتماعية أو النسق الاجتماعي السائد بالمجتمع، فالدواء تأثيره مباشر علي صحة الفرد، وبالتالي علي إنتاجيته التي تؤثر في الناتج القومي. كما يؤثر مباشرة في اقتصاديات وتكلفة العلاج، وبالتالي في اقتصاديات الخدمات الصحية، فالدواء هو أحد الحقوق الأساسية للأنسان دون اعتبار للون والجنس والنوع والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للفرد، فهو يساهم في زيادة الناتج القومي من خلال انخفاض نسبة الوفيات ومعدلات الإصابة بالإمراض والارتفاع بالمستوى الصحي بصفة عامة مما ينعكس علي انتاجية الفرد وبالتالي الناتج القومي. [١٥]

وبالنظر إلي قطاع الدواء؛ فإن مصر تأتي بالمرتبة ٤٤ عالميًا والثالثة عربيًا من حيث واردات الدواء، حيث بلغت قيمة وارداتها ١٢,٧ مليار جنيهًا عام ٢٠١٣م.، بنسبة ٠,٣٨% من إجمالي واردات العالم البالغة ٥٣٧,٧ مليار دولار، وتصدرت ألمانيا قائمة الدول المصدرة للدواء بقيمة ٥,٣ مليار جنيهًا، يليها سويسرا بقيمة ١,٨ مليار جنيه. بينما تحتل مصر المرتبة ٥١ عالميا والثانية عربيا من حيث صادرات الدواء، حيث بلغت قيمة صادراتها ١,٩ مليار جنيها عام ٢٠١٣م. بنسبة ٠,١% من إجمالي صادرات العالم البالغة ٥٢١,٧ مليار دولار، متوقعة أن تصل قيمة إنتاج مصر من الأدوية ٣١,٨ مليار جنيها عام ٢٠١٨م..

أما بالنسبة لإنتاج مصر من الدواء، فقد ارتفعت قيمة ما تنتجه مصر من

الدواء من ٥,٥ مليار جنيها عام ٢٠٠٣م.، ليبلغ ١٩,٣ مليار جنيه عام ٢٠١٣م.، بنسبة ارتفاع قدرها ٣,٥%، حيث أسهم القطاع الخاص بنسبة ٨٧% من إجمالي قيمة الإنتاج عام ٢٠١٣م.، بينما يسهم القطاع العام/ الأعمال العام بنسبة ١٣%. وأن إجمالي شركات الأدوية التي تعمل بمصر بلغ ٥٢ شركة، منها ٨ شركات بالقطاع العام / الأعمال العام، ٤٤ شركة بالقطاع الخاص عام ٢٠١٣م.، ومن الملاحظ أن القطاع العام لم يتوسع في إنشاء شركات أدوية جديدة، لكن التوسعات تتم من خلال القطاع الخاص فقط[١٦].

خامساً-الحالة الصحية للسكان:

تشير منظمة الصحة العالمية إلى أن الصحة هي: "حالة من المعافاة الكاملة: البدنية والعقلية والرفاهية الاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض[١٧]. لذا ترتبط الحالة الصحية للفرد بمدي إدراكه لها، وهذا ما دعى "أوبرى لويس" إلي القول بأن هناك ثلاث محكات طبية تقليدية تحدد المرض، يأتي علي رأسها خبرة الشخص المريض نفسه (وهي التي تعبر عن طبيعة المجتمع والثقافة)، واكتشافه لبعض الاضطرابات في وظيفة الجسم، وفي نهايتها الأعراض التي تتوافق مع النمط الإكلينيكي (وهي المستمدة من الطب وخاصة نظرية تنميط المرض)، لذا يعد المرض ظاهرة من صنع المجتمع، ومرآة تعكس طبيعة الثقافة السائدة. [١٨] وفيما يلي بيان بعدد مرضي يوضحه الجدول التالي:

جدول رقم (١٢) عدد مرضي العيادات الخارجية والاستقبال بالمستشفيات العامة والتخصصية٢٠١٦.[١٩].

نوع العيادة	المرضى المترددون علي مستوى الجمهورية		المرضى المترددون في سوهاج	
	المستشفيات العامة	المستشفيات التخصصية	المستشفيات العامة	المستشفيات التخصصية
خارجية	٤٨٢٤١٠٢١	١١٧٢٢٦٠٢	٣٣١٦٧٩٣	٤٥١٤٢٦
استقبال	١٦٥٣٩٩٩٣	١٩٣٥٢٩٢	٧٧٨٧٠٣	١٨٠٦٩
جملة	٦٤٧٨١٠١٤	١٣٦٥٧٨٩٤	٤٠٩٥٤٩٦	٤٦٩٤٩٥
المجموع	٦٠٤٣٨٩٠٨		٤٥٦٤٩٩١	
عدد السكان	٩١٠٢٣٣٩٣		٤٧٩٦٤٢٦	
نسبة المترددين في سوهاج إلي الإجمالي عدد المترددين في مصر				٧,٦%
نسبة المترددين علي المستشفيات العامة في سوهاج إلي الإجمالي عدد المترددين علي المستشفيات العامة في مصر				٦,٣%
نسبة المترددين علي المستشفيات التخصصية في سوهاج إلي الإجمالي عدد المترددين علي المستشفيات التخصصية في مصر				٣,٤%
نسبة عدد سكان سوهاج إلي إجمالي عدد سكان مصر				٥,٣%
نسبة عدد المرضى في سوهاج إلي إجمالي عدد سكان سوهاج				٩٥,٢%
نسبة إجمالي عدد المرضى في مصر إلي إجمالي عدد السكان				٦٦,٤%
المترددين في سوهاج *١٠٠ / المترددين في الدولة = نسبة عدد المترددين في سوهاج				

تشير بيانات الجدول السابق إلي ارتفاع عدد المرضى المترددين علي عيادات واستقبال المستشفيات العامة والتخصصي علي مستوى الجمهورية بشكل عام، وعلي مستوى محافظة سوهاج بشكل خاص، ليصل إلي (٩٥,٢%) من عدد السكان سوهاج بواقع ٤٥٦٤٩٩١ نسمة من ٤٧٩٦٤٢٦ نسمة، مقارنةً

بنسبة عدد المرضى المترددين علي مستوى الجمهورية التي تصل إلي (٦٦,٤%) من جملة عدد السكان بواقع ٦٠٤٣٨٩٠٨ نسمة من ٩١٠٢٣٣٩٣ نسمة.

حيث جاءت نسبة عدد المرضى المترددين علي العيادات الخارجية والاستقبال بالمستشفيات العامة والتخصصية لعام ٢٠١٦م في محافظة سوهاج، تفوق نسبة عدد المرضى المترددين علي العيادات الخارجية والاستقبال بالمستشفيات العامة والتخصصية، حيث بلغت نسبة المرضى المترددين في محافظة سوهاج إلي الإجمالي العام للمترددين علي مستوى الجمهورية (٧,٦%).

فالبنسبة للمترددين علي المستشفيات العامة في سوهاج قد بلغت نسبتهم (٦,٣%) إلي الإجمالي من عدد المترددين علي المستشفيات العامة في مصر، بينما بلغت نسبة المترددين علي المستشفيات التخصصية في سوهاج إلي إجمالي عدد المترددين علي المستشفيات التخصصية في مصر (٣,٤%)، في حين بلغت نسبة عدد سكان محافظة سوهاج إلي إجمالي عدد سكان الجمهورية (٥,٣%)، أي ما يقدر بزيادة (٢,٣%) عدد المرض المترددين، وزيادة (١%) في نسبة عدد المترددين علي العيادات والاستقبال بالمستشفيات العامة، ونقص (١,٩%) في نسبة عدد المترددين علي العيادات والاستقبال بالمستشفيات التخصصية. هذا بالإضافة إلي الحالات التي لم تدون أو التي لجأت إلي الصيدليات بدون استشارة الطبيب أو إلى العيادات الخاصة أو إلى الطب

الشعبي.

ويؤكد هذا علي عدة مؤشرات منها: أن هناك إقبال لدي المرضى في محافظة سوهاج علي تلقي الخدمات والرعاية الصحية في العيادات الخارجية والاستقبال بالمستشفيات العامة والتخصصية، وأن تدنيي الخدمات والرعاية الصحية في محافظة سوهاج تبعه زيادة في عدد المرضى مقارنة بإجمالي المرضى العام المترددين علي مستوى الجمهورية، وإضافة إلي إنخفاض الدخل وانتشار الفقر لدي سكان محافظة سوهاج مقارنةً بسكان الجمهورية، منعهم من تلقي الرعاية والخدمة الصحية في العيادات الخاصة.

ويتضح مما سبق أن هناك تدني في المستوى الصحي للأسر في محافظة سوهاج، وكذلك تدني في نسبة الإنفاق الحكومي على الصحة، وان هناك تزايد مستمر في خصخصة قطاع الصحة، نتيجة لانخفاض الإنفاق الحكومي على قطاع الصحة، وسوء تغطية التأمين الصحي للمواطنين، وتدهور جودة الخدمات الصحية المقدمة من المستشفيات والوحدات الصحية العامة؛ مما يؤثر بشكل مباشر على زيادة أعباء الأسر، حيث انتقل الإنفاق الصحي من علي كاهل الحكومة إلى كاهل الأسر، وذلك لعدم ثقة المواطنين ورضائهم عن الخدمات المجانية أو المدعومة التي تقدمها منشآت وزارة الصحة –بما في ذلك الدواء– مما يجعلهم يلجأون إلى خدمات القطاعات الأهلية والخاصة حسب قدراتهم المالية. لذا يعد الحصول على الدواء –الذي يعد ضرورة من ضروريات الحياة– عبئا أساسيا على الأسرة المصرية، فبدونه تتغلب الأمراض عليها،

وتكثر وتتضاعف آلامها ومعاناتها البدنية والنفسية.

وبناءً علي ذلك؛ فإن الأمر يتطلب أن نفكر بأساليب أكثر ابتكارًا في كيفية استنباط طرق مختلفة لاستمرار تقديم الرعاية الصحية للمواطنين، بجودة عالية، وتطوير دور وزارة الصحة والسكان ليتوافق مع المجتمع بتغيراته السياسية والاقتصادية والاجتماعية.

هوامش الفصل الثاني

---

(١) دانا عبد الرحيم: الأمن الدوائي في ظل الأزمة. في: التنمية البشرية في ظل الأزمة. نشرة التخطيط والتعاون الدولي، العدد النوعي الأول، سوريا، هيئة التخطيط والتعاون الدولي، نيسان٢٠١٣، ص٥.

(٢) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر. القاهرة، مايو٢٠١٥، ص ٧.

(3) United States Agency for International Development: National health accounts 2007/2008: Egypt report, September 2010, pp.24-29.www.healthsystems2020.org.

(٤) آلاء صبح : فوائد فحص ما قبل الزواج. مقال علي الانترنت، ١٩ فبراير، ٢٠١٧. https://mawdoo3.com.

(٥) وزارة الصحة والسكان: كتيب مصر في أرقام ٢٠١٨. القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء، ٢٠١٨، ص ١٧٤-١٨٤.

(٦) جونغ ووك- لي: العمل من اجل الصحة- التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٦. فرنسا، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦، ص٣.

(٧)عماد شلبي: مؤشرات الحالة الصحية والإنفاق الصحي في المصري. في: نسرين البغدادي

(مشرفا) : مجلد الصحة. المسح الاجتماعي الشامل للمجتمع المصري، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠١٦، ص ص ١٠-١١.

(٨)عماد شلبي: مؤشرات الحالة الصحية والإنفاق الصحي في المصري. في: نسرين البغدادي (مشرفا) : مجلد الصحة. مرجع سابق، ص ١٢.

(٩) نورهان شريف وآخرون: الصحة. سلسلة أوراق الحقائق والمعلومات، الإصدار الثالث، القاهرة، المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١٦، ص ص١-٥.

(١٠) وزارة الصحة والسكان: كتيب مصر في أرقام ٢٠١٨. مرجع سابق، ص ١٥٥.

(١١) نورهان شريف وآخرون: الصحة. مرجع سابق، ص٥.

(١٢) وزارة الصحة والسكان: كتيب مصر في أرقام ٢٠١٨. المرجع السابق، ص ١٦٨.

(١٣) مجلس الوزراء مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: ملامح نمط الإنفاق في الأسرة المصرية. تقارير معلوماتية، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مجلس الوزراء، السنة الخامسة، العدد (٥٨)، أكتوبر ٢٠١١م.، ص ٣.

(١٤) الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠١٢/٢٠١٣م. المجلد الرابع، القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة و الإحصاء، ٢٠١٤، ص٤.

(١٥) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر. القاهرة، مايو٢٠١٥، ص ٧.

(١٦) الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق على قطاع الدواء في مصر، المرجع السابق، ص٨.

(17)World Health Organization: Programme On Mental Health. Measuring Quality of Life, The World Health Organization Quality of Life Instruments, (The WHOQOL-100 And The WHOQOL-BREF).1997,p.1.

(١٨) علي المكاوي وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي. مرجع سابق، ص٩١.

(١٩) وزارة الصحة والسكان: كتيب مصر في أرقام ٢٠١٨. مرجع سابق، ص ١٤٣-١٤٨.

الفصل الثالث

ثقافة استهلاك الدواء – في ضوء النظرية الاجتماعية.

تمهيد :

نشأت سوسيولوجيا الفعل كطرح مناقض لذلك الخطاب الشمولي الذي قدمه رواد علم الاجتماع الكلاسيكي من "أوجست كونت" إلي "كارل ماركس" إلي"إميل دوركايم" في دراسة المجتمعات. إذ تجمع الدراسات الواردة في هذا الإطار علي أن النقطة الأساسية التي يتفق حولها كل هؤلاء هي: تمثلهم المجتمع علي أنه موجود كلي، ومن ثم كانت مقارباتهم –علي اختلافها– تلتقي في طابعها الماكروسوسيولوجي. وإذ كان لهذه النظريات جذور معرفية تتمثل أساسا في التيارات الفلسفية الشمولية، وأهمها التيار الوضعي، ومرتكزات ميدانية تتمثل أساسا في التحولات الكبرى التي عرفتها أوروبا عقب الثورة الصناعية، فان سوسيولوجيا الفعل قامت علي أسس فلسفية أكثر إيمانا بالإنسان كموجود وكقيمة.[١]

وبناءً عليه، تنطلق الدراسة في تناولها لثقافة استهلاك الدواء من تصور "جميل حفظ الله عبد الله"[٢] الذي يؤكد علي أن مضمون ما بعد الحداثة في علم الاجتماع يشير إلى أن العالم الاجتماعي قد تغير تغيراً جذرياً، ما يستلزم تغير في أساليب وكيفية دراسته. وكل هذه الجوانب تنعكس في بناء النظرية الاجتماعية، لمحاولة فهم عناصر التحول الاجتماعي والتحكم بها. وكان مدخلي البنية والفعل حجرا الزاوية لهذا البناء، ومحاولات السيطرة، وتوجيه النظرية.

فالنظرية التي اتخذت من الفعل أو البناء، نقطة بدء للتفكير النظري، تميزت حسب نقطة البدء إلى مدارس واتجاهات متعددة، تختلف فيما بينها من حيث المكانة والأهمية التي تعطيها لأي منهما

في تحليلاتها. فالاتجاهات التفسيرية، أبدت اهتماما قوياً بالفعل في مقابل اهتمام متواضع بالبناء. ونظرت إلى البشر بوصفهم فاعلين هادفين على وعي بذواتهم ولديهم أسباب ومبررات لأفعالهم، التي تشكل الوجود الاجتماعي الذي يعيش فيه الفاعلين. لذلك فهذه الاتجاهات محدودة التلاؤم مع القضايا التي تشغل حيزاً كبيراً من اهتمام الاتجاهات البنائية، مثل مشكلات القهر والقوة والتنظيم الاجتماعي بمستوياته الكبرى.

وفي المقابل أبدت الاتجاهات البنائية قدراً كبيراً من الاهتمام بتفسير البناء، واهتماماً متواضعاً بالفعل، فهي تنظر للفاعلين بأنهم ألعوبة في يد القوى البنائية. فالبناء بنظر هذا الاتجاه يفرض استمرارية وجوده بموجب قوانينه، ويفرض نفسه على الفاعلين ويستوعبهم كلياً.(٣)

وفي ضوء ذلك تتناول الدراسة ثقافة الاستهلاك الرشيد في ضوء نظريات الفعل، إيماناً منا بأن الأسر فاعلين هادفين على وعي بذاتهم ولديهم أسباب ومبررات لأفعالهم، التي تشكل ثقافة استهلاكهم الرشيد للدواء.

بينما تتناول الثقافة الاستهلاكية للدواء في ضوء نظريات البنية، إيماناً منا بأن هذه الثقافة نشأت نتيجة لرغبة المجتمع الرأسمالي في توسيع دائرة الإنتاج وتعميم ثقافة التعطش لاستهلاك كل ما هو معروض من أدوية وأعشاب ومستحضرات تجميل، وذلك بتعليم الأسر سلوكيات استهلاكية للقضاء علي الفائض وخلق حاجات استهلاكية جديدة من خلال وسائل الإعلام لضمان

استمرارية وجوده.

وفي ضوء ذلك سيعرض الباحث في هذا الفصل أهم الاتجاهات النظرية التي تناولت ثقافة استهلاك الدواء، في ضوء نظرية البنية والفعل، علي النحو الآتي:

أولاً– ثقافة استهلاك الدواء في ضوء نظريات الفعل:

تُعبرُ "ثقافة استهلاك للدواء"(*) عن معرفة الفرد ووعيه المكتسب من مصادر مختلفة بما يستخدمه من أدوية وأعشاب وخدمات وطرق وأساليب علاجية لإشباع حاجات صحية وبيولوجية واجتماعية وثقافية ونفسية مع مراعاة الجوانب النسبية المرتبطة بالمكان والزمان والإطار القيمى والثقافي الخاص بكل أسرة، والتي تتجلى في ثلاث مراحل تعد أهم القضايا النظرية التي سوف تنطلق منهم الدراسة الراهنة، وهي كالتالي:

- المرحلة الأولي: وهي مرحلة ما قبل العملية الاستهلاكية وتتمثل في أساليب العلاج.
- المرحلة الثانية: وهي مرحلة الاستهلاك الفعلي، وتتمثل في المعرفة الدوائية ومصادرها.
- المرحلة الثالثة: وهي مرحلة ما بعد الاستهلاك وتتمثل في الثقافة الدوائية والاستخدام الأمثل للدواء والممارسة العلاجية نتيجة الفهم والاقتناع.

وفي ضوء ذلك، يعرض الباحث للرؤي النظرية عند بعض العلماء فيما يتعلق بالقضايا النظرية الثلاثة التي تشكل ثقافة استهلاك الدواء في ضوء نظريات الفعل، وهي كالتالي:

١- المعتقدات الثقافية وأساليب العلاج:

إن الاهتمام بدراسة أساليب العلاج، ليس مجرد قضية علمية تستحق الاهتمام لكنه أيضا قضية مجتمعية تستحق التوقف عندها، لأنها أصبحت محط اهتمام العديد من المجتمعات والثقافات. فلقد أثبتت الدراسات الحديثة في الطب الشعبي أن الصراع بينه وبين الطب الحديث، هو صراع متصل لم يتوقف بالرغم من الإنجازات العلمية في مجال الطب العلمي الحديث.[٤]

لذا فقد أحدث الطب الشعبي دوياً كبيراً في كل المجتمعات وفي مختلف الأوساط والثقافات في السنوات الأخيرة، وأصبح الكثير من المرضى يفضلون الطب الشعبي على الطب العلمي الحديث، وهذا يرجع إلى اهتمام المجتمعات بنظمهم الاجتماعية والطبية القديمة مرة أخرى، والتي يشكل الطب الشعبي أهم مقوماتها، ونظرا للآثار الجانبية التي يتركها الطب الحديث، وخوف الناس من هذه الآثار؛ الأمر الذي أقلق المرضى بوجه خاص والناس عامة. كما أن فشل الناس في الحصول على العلاج المطلوب لأمراضهم من خلال الطب الحديث جعلهم يبحثون عن أشكال بديلة للعلاج.[٥]

إضافةً إلى إرجاع بعض المرضى أسباب بعض أمراضهم إلى عوامل ترتبط بالإطار الاجتماعي والثقافي والقيمي لمجتمعاتهم، يكون العلاج الشعبي بالنسبة لهم أنسب من العلاج الطبي الحديث، وفي ضوء ذلك تعرض الدراسة لبعض الآراء النظرية لبعض العلماء فيما يتعلق بكيفية نشأة أساليب العلاج، والعوامل الموجهة لاختيار

أساليب العلاج، ومصادر معرفة تلك الأساليب. وهي كالتالي:

أ- الطرق الشعبية عند وليم سمنر:

صاغ "سمنر" "William Graham Sumner" أفكاره في مؤلفه الطرق الشعبية ١٩٠٦م. ومؤلفه الذي نشر بعد وفاته بالاشتراك مع أحد أتباعه "ألبرت.ح.كيلر" بعنوان علم المجتمع، حيث عُرضت فيه معظم أفكاره التي تضمنها مؤلفه الطرق الشعبية. [٦]

وفيه يرجع "سمنر" النشأة الأولى للطرق الشعبية أو العادات الاجتماعية التي تقترب في معناها كثيراً من الثقافة؛ بل إنها تكون المحتوى الأساسي للثقافة، إلي الحاجات الضرورية الحيوية التي تتطلب الإرضاء والإشباع.

ورأي سمنر لكي يتم إرضاء الحاجات الضرورية، لابد من قيام الناس أفرادًا وجماعات بأفعال أو طرق أو أساليب مختلفة من النشاط يغلب عليها المحاولة والعشوائية. وأثناء هذه المحاولات عن طريق التجربة والخطأ يكتشف الناس أن هناك طرقا ناجحة صائبة ومفيدة، وطرقا فاشلة وغير صائبة وضارة، وبطبيعة الحال يستبعدون الطرق والأساليب التي أخفقت في إرضاء حاجاتهم، أو التي سببت لهم آلاما وأضرارا تؤثر في رفاهيتهم وسعادتهم. [٧]

ومن البديهي أن الناس عندما يتبين لهم صلاحية أسلوب ما أو قيمة طريقة ما من طرق السلوك في إرضاء حاجاتهم فإنهم يرغبونها ويكررونها في كل مناسبة تتطلبها ويتمسكون بها مع مرور الزمن، وبذلك تتبلور وتصبح عادة اجتماعية يتعارف الناس عليها ويعملون أيضا علي نقلها أفقيا في الجيل الواحد ورأسيا إلى الأجيال

المتعاقبة في شكل أعراف وتقاليد تحرص عليها الجماعة وتحترمها، فما دامت قد أصبحت ضرورية لسلامة البناء الاجتماعي ولرفاهية الجماعة فهي تمثل التصرفات الصحيحة، والصائبة والسلوك المتسم بالصواب والخير والحكمة(٨).

وبناءً علي ما سبق، فإن الطرق الشعبية بكل فروعها من أعراف وتقاليد وآداب وسلوك تستمد أصولها وتشتق وجودها من التجربة الاجتماعية للناس من تفاعلهم وتعاملهم بعضهم مع بعض في حياتهم الاجتماعية المشتركة.

ولما كانت العادات الاجتماعية أو الطرق الشعبية تنبثق عن حاجات الناس الطبيعية الحيوية؛ فإن العلماء يميزونها دائما بأنها تلقائية تتكون في داخل الجماعة بصورة غير واعية وغير مقصودة ودون تأمل أو هدف منطقي، وذلك لان أساسها المحاولة العشوائية والتجربة والخطأ في إشباع الحاجات الطبيعية. فهي تمثل ضرورة اجتماعية تلقائية وظاهرة جوهرية لمعيشة الناس بعضهم مع بعض إذ تربطهم بالحاضر وتلقنهم تجربة الماضي وتسهل عليهم معاملاتهم المتبادلة(٩).

وهكذا ينشأ كلٌ منا فيجد نفسه أمام "رصيد" مدخر من العادات الاجتماعية التي ارتضتها جماعته واتفقت عليها. فالعادات إذًا سابقة علي الفرد كما أنها ليست من خلق تفكيره الهادف لها بل تنبثق من المحاولة والخطأ وتنمو مع التجربة فيسير وفقها الفرد دون وعي منه أو تفكير منطقي، إذا يري نفسه ملزما بمراعاتها حتى يجاري ويطابق من يعيش بينهم وينسجم معهم، فهو في الحقيقة

مضطر بل منساق بشكل يكاد يكون سحريا إلي أن يصب قوالب سلوكه، ويشكل أعماله وفقا لها، دون أن يخطر بباله أن يتدخل فيها أو يحاول تعديلها وتطويرها.

وفي ضوء ما سبق، فإن العلاج يعد من أهم الحاجات الضرورية الحيوية التي تتطلب الإرضاء والإشباع، ولكي يتم العلاج؛ فلابد من قيام الأسر أفراداً وجماعات بأفعال أو طرق أو أساليب مختلفة من العلاج يغلب عليها المحاولة والعشوائية، تتمثل في أساليب العلاج التقليدي أو الشعبي والتداوى الذاتي. إضافة إلي أن الأسر عندما يتبين لهم صلاحية أسلوب ما أو قيمة طريقة ما من طرق العلاج في إرضاء حاجاتهم أو تحقيق الشفاء، فإنهم يرغبونها ويكررونها في كل مناسبة تتطلبها ويتمسكون بها مع مرور الزمن.

ومن هنا يري "سمنر" أن تلك المحاولات في الممارسات والسلوكيات التي حققت نجاحاً وإشباعاً لحاجات ورغبات المجتمع هي التي بدأت بتكوين ما يعرف عنده "بالعادات الاجتماعية" الشعبية التي تعارف عليها المجتمع، ومن ثم يعمل علي تأصيلها وتثبيتها اجتماعياً ثم نقلها الي الاجيال القادمة في صورة عادات واعراف وتقاليد يتعامل معها اعضاء المجتمع بقدر من التقدير والاحترام والأعتزاز بهذا التراث في الوقت نفسه.

ولهذا فقد جاءت كثير من المتعتقدات والممارسات الخرافية لعلاج الأمراض التي تصيب الإنسان وكيفية تحقيق شفائه منها نتيجة لوجود تراث ومصادر شعبية يمكن للناس الاعتماد عليها، ويوكلون بها إلي أشخاص يطلق عليهم أهل الطب أو الطبيب

الشعبي؛ نظراً لما يتمتعون به من خصائص وسمات فريدة جعلت ممارستهم للطب الشعبي القائم علي مجرد الممارسات السحرية والخرافية امرا مقبولاً، مع تقبل بقية أفراد المجتمع للطرق العلاجية القديمة، والتي استندت في تفسيرها لأسباب المرض وفقاً للمعتقدات الشعبية إلي تفسيرات واقعية تارة وتفسيرات غيبية فوق طبيعية تارة أخري(١٠).

ب- أنماط الفعل الاجتماعي عند ماكس فيبر:

يرى ماكس فيبر (Max Weber) أن الموضوع الأساسي لعلم الاجتماع هو الفعل الاجتماعي، وفي ضوء ذلك عرف فيبر علم الاجتماع بأنه: ذلك العلم الذي يحاول أن يجد فهماً تفسيريا للفعل الاجتماعي من أجل الوصول إلى تفسير علمي لمجرى هذا الفعل وآثاره. وعرف الفعل الاجتماعي بأنه سلوك إنساني يضفي عليه الفاعل معنى ذاتياً سواء كان هذا المعنى واضحاً أم كامناً. (١١)

وبناء عليه فان الفعل يصبح اجتماعياً عندما يرتبط معناه الذاتي بسلوك الأفراد الآخرين ويكون موجهاً نحو سلوكهم، ولكي نفهم الفعل الاجتماعي لابد من فهم معناه على مستويين، مستوى معنى الفعل من وجهة نظر الفرد نفسه، ومستوى معناه بين جماعات الأفراد. (١٢)

ففي المستوى الأول (المستوى الفردي) لابد من النظر إلى دوافع الفرد ونواياه واهتماماته والمعاني الذاتية التي يعطيها لأفعاله والتي تكمن خلف سلوكه.

وفي المستوى الثاني (المستوى الجمعي) لابد من النظر إلى

النوايا والدوافع والأسباب والاهتمامات التي تكمن وراء سلوك الجماعة.

وفي ضوء ذلك قسم فيبر الفعل الاجتماعي إلى أربعة أنماط، [١٣]هي:

- الفعل الرشيد عملياً: الفعل الذي يختار فيه الفاعلون غاياتهم ووسائل تحقيقها بطريقة محسوبة.
- الفعل الرشيد قيمياً: أي أنّ الفاعل يحتكم عند اختياره لمسار الفعل إلى قيمة اجتماعية موجهة.
- الفعل العاطفي: الفعل الذي يتحدد بالحالة العاطفية أو الوجدانية للفاعلين.
- الفعل التقليدي: هو ذلك الفعل الذي تمليه التقاليد والعادات الجمعية والمعتقدات التي يتم اكتسابها من خلال عملية التطبيع الاجتماعي.

وباختصار صنف فيبر الفعل كما يحدده العقل، والقيم، و العاطفة، والتقاليد، أو بمزيج من بعضهم، وقد قصد فيبر من تنميطه للفعل أن يشمل مدى يراوح بين الرشيد وغير الرشيد.

ويمكن الاستفادة من أنماط الفعل "لفيبر" في ضوء الدراسة الراهنة، من خلال:

أن الفعل هو الذي يحكم سلوك الإنسان، ويمكن أن يفسر واقع الاختلاف في نوعية الحياة التي تعيشها الأسر، فهناك أسر أفعالها مبنية على قرارات عاطفية وأخرى أفعالها مبنية قرارات عقلانية.

فمن خلال الفعل الرشيد عمليا: يختار المرضي غاياتهم (الشفاء) ووسائل تحقيقها (الأدوية وأساليب العلاج) بطريقة محسوبة، منبثقة من العقلانية التي تقتضي الذهاب إلي الطبيب المتخصص في حالة المرض، لمعرفة نوع المرض وأسبابه وطرق علاجه والأدوية المناسبة والفحوصات والتحاليل والاشعات المطلوبة لذلك، وبناء عليه يتطلب الاختيار العقلاني الرشيد من المريض أن يختار طبيب مواكب لمستجدات الطب الحديث، المعتمد علي التقنيات التشخيصية في جمع وقياس الحقائق العلاجية، لا علي الطريقة التقليدية المعتمدة علي الاستماع لأعراض المريض.

وذلك للتعرف علي العمليات الفسيولوجية بشكل قاطع بواسطة اختبارات الدم وأشعة إكس والأشعة المقطعية وفحوصات أخري تجري في عيادات ومختبرات متخصصة. ومن هنا يستطيع المريض معرفة حالته الصحية من خلال التعريفات الرقمية للصحة والمرض التي تستند علي عوامل متغيرة فيزيقية وكيميائية حيوية مثل الوزن والطول والمحيط وعد الدم ومستوي الهيموجلوبين في الدم ومستوي الذوائب الكهربائية أو الهرمونات وضغط الدم وحالة القلب والحالة النفسية وحجم القلب وحدة الإبصار، وقياس كل من هذه العوامل، فالفرد يكون طبيعياً وسليماً إذا كان في داخل المدي الرقمي(القيمة الطبيعية) لقياس كل منهم، بينما إذا كان أدني أو أعلي من هذا المدي يكون الفرد غير طبيعي، ويشير إلي وجود المرض كانحراف عن هذه القيمة الطبيعية المصاحب بالحالة اللاسوية في وظيفة وبناء أعضاء الجسم أو الأنظمة[١٤]. وبالتالي فإن أي كلام

أو سلوك عقلاني ورشيد يكون معبّراً عن مدى المعرفة التي يمتلكها الفرد حول الموضوع الذي يتكلّم عنه أو يتصرّف في إطاره.

بينما من خلال الفعل الرشيد قيميا: يختار المرضي غاياتهم (الشفاء) ووسائل تحقيقها (الأدوية وأساليب العلاج) بطريقة رشيدة بناءً علي القيمة الاجتماعية، فالبرغم من أنها توصف بالرشد إلا إنها تخضع للقيم الاجتماعية الموجهة من قبل الآخرين، وعلي غرار ذلك يختار بعض المرضي أو الاسوياء أساليب العلاج أو الاطباء أو المعالجين أو العيادات أو المستشفيات أو المختبرات أو معامل التحاليل والأشعة أو الأدوية بناءً علي القيمة الاجتماعية التي سوف يحققها الفرد من إتباع اسلوب علاج معين أو زيارة طبيب خاص أو معمل مشهور، فهو يختار بشكل عقلاني في ضوء القيمة الاجتماعية التي سوف يحصل عليها، كابراز المكانة الاجتماعية أو الوضع الاجتماعي أو المستوي الثقافي أو المستوي الطبقي الذي ينتمي اليه، ويتضح ذلك إذا سألت أحد هؤلاء الذين يختارون علي أساس الفعل الرشيد قيميا، تجده يجيبك ب "أنا ولد فلان اروح كذا.....".

إلا أن هناك بعض المرضي تتحدد أساليب العلاج وبعض الأدوية (كالمنشطات) وطرق استخدامها (كالحقن أو الكبسولات أو الأقراص أو التحاميل أو المراهم أو اللصقات أو الشراب أو القطرات) لديهم بناءً علي العاطفة، وليست علي معدل الاستفادة والتركيز، فبعض المرضي لديها خوف من الحقن ويفضلون الأقراص عليها؛

بالرغم من سرعة مفعول الحقن، وتعدد أضرار الأقراص علي المعدة، إضافةً تفضيل بعض الأسر لأنواع معينه من الأدوية نتيجة للالفة وليس لسرعة مفعولها، وخاصة أدوية الأطفال.

بينما يتضح الفعل التقليدي من التفسيرات الثقافية للمرض: أسبابه وعلاجه، فنجد بعض المرضي يرجعون أسباب المرض إلي ما تمليه عليهم التقاليد والعادات والمعتقدات الثقافية السائدة في ذلك المجتمع الذي ظهر فيه المرض، فالمرض نفسه أو أعراضه قد يفسر بشكل مختلف تماماً بواسطة اثنين من المرضي ذوي ثقافات مختلفة، وأن هذا التفسير سوف يتأثر بسلوكهم التالي للمرض وبأنواع العلاج الذي سوف يلجأون إليه، ومن ثم فإن هذه التفسيرات الثقافية للمرض قد تتعارض مع التفسيرات العلمية، كما أنها قد تتناقض مع الوسائل العلاجية للطب الحديث، وترفض الانتفاع من الخدمة الصحية التي يوفرها.

ج- القيم الموجهة للممارسات الاستهلاكية عن ألان وارد:

قدم "ألان وارد" "Alan Warde" في مقدمته عن "سوسيولوجيا الاستهلاك ١٩٩٠م." إطارا تحليلياً حول سلوك الناس في العملية الاستهلاكية، فقد أهتم بالكشف عن القيم الاجتماعية المتضمنة في عملية الاستهلاك، والتي تحكم وتوجه الممارسات الاستهلاكية، واختيارات أو تفضيلات المستهلكين، وانتهي إلي تحديدها في قيم التبادل وقيم الاستخدام وقيم التحقق من الهوية.

فقد أكد علي أنه بالرغم مما يتمتع به المستهلك من حرية في اختياراته؛ إلا أن هناك بعض المتغيرات الاجتماعية التي تمارس

تأثيراتها علي هذه الاختيارات؛ بل وتتدخل حتى في توجيهها، منها: الجماعات المرجعية والقيم الاجتماعية، والعادات والتقاليد وغيرها. ومن ثم يكون الاستهلاك أكثر ارتباطاً بتحليلات التغير الاجتماعي، من حيث مصادره ومستوياته ونتائجه، ومرتبطاً أيضا بالوسائل التي يعبر بها أعضاء وجماعات المجتمع عن مقاصدهم فيما يقومون به من ممارسات استهلاكية واختياراتهم للسلع والمنتجات التي يحتاجون إليها في حياتهم اليومية. (١٥)

وفي ضوء ذلك يمكن القول بأن الاستهلاك في المجتمعات المعاصرة أصبح له دور هام في تشكيل الهوية الاجتماعية وتحديدها. فضلاً عن دوره في تغيير السلوك الاجتماعي ونتائجه بالنسبة للمستهلك والمحيطين به. ويكون هذا أكثر وضوحاً من خلال النظر إلي القيم الاجتماعية التي تكون متضمنة في عملية الاستهلاك، وما لها من رموز لا تتضمن الإشارة إلي السلع والمنتجات واستخداماتها فقط، بل تهدف إلي التعبير عن الخصائص الشخصية للمستهلك، وانتماءاته الثقافية والاجتماعية التي ترتبط بالأسرة، والطبقة، والمجتمع المحلي.

وبهذا ينظر "ألان وارد" إلى الاستهلاك على أنه طريقة تتضمن التعبير عن الذات الاجتماعية، وعن الانتماءات للآخرين، فالفرد يستهلك بهدف تحقيق هويته الشخصية، فضلا عن محاولة إرضاء العديد من مقاصد الجماعات المرجعية له. (١٦)

وبناءً عليه؛ يؤكد "ألان وارد" علي أن هناك عوامل تحكم وتوجه اختيارات وتفضيلات الأفراد لأساليب العلاج والأدوية، تتمثل

في قيم التبادل وقيم الاستخدام وقيم التحقق من الهوية، والجماعات المرجعية والقيم الاجتماعية، والعادات والتقاليد. وبالتالي يرجع "ألان وارد" عوامل التحكم وتوجيه الاختيارات إلي بعض ابعاد نوعية الحياة الثمانية التي ذهب إليها شالوك (Schalock)[١٧]؛ وخاصة بعد العلاقات بين الأشخاص: والذي يشمل الصداقة الحميمة، والجوانب الوجدانية، والعلاقات الأسرية، والتفاعل، والمساندة الاجتماعية (العاطفية والمادية والمعلوماتية) التي تقدمها الجماعات المرجعية. وبعد نوعية المعيشة المادية: والذي يشمل الوضع المادي، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية الذي علي أساسه تتحق قيم الهوية. وبعد المحددات الذاتية: والذي يشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار الشخصي، وتوجيه الذات، والأهداف، والقيم التي منها قيم التبادل والاستخدام وتحقيق الهوية. وبعد الإدماج الاجتماعي: والذي يشمل القبول الاجتماعي والمكانة، وخصائص بيئة العمل، والتكامل والمشاركة الاجتماعية، والدور الاجتماعي، والنشاط التطوعي، وبيئة المسكن،وبالتالي يعبر البعد عن الإنتماء للآخرين.

ومن هنا؛ جاءت أبعاد نوعية الحياة "لشالوك" لتحكم وتوجه أساليب العلاج والممارسة العلاجية لدى "الن وارد"، فمن خلال الوضع المادي تتحقق قيمة التبادل، حيث تقتضي الخدمة الطبية أو الذهاب إلى الطبيب وشراء الدواء مبالغ مالية يتم تبادلها بين المرضى والأطباء، وعلى أساس هذا التبادل يحصل المريض على الخدمة المطلوبة إلا أن قيمة هذه الخدمة قد تختلف من طبيب إلي أخر نظراً للقيمة المالية للاستشارة أو الكشف أو لخبرة الطبيب، وهذا

ما ذهبت إليه "نظرية التبادل"[١٨] التي تري أن البشر يتبادلون قيما في تفاعلاتهم اليومية، وأن التبادل المستقر يستند إلي تساوي القيم التي تشكل مضمون التبادل، سواء كانت قيما مادية أو معنوية.

أما بالنسبة للقيمة الاستخدامية "الطبيعية" التي ترتبط بالاستعمال النفعي للأدوية والمنتجات الطبية، وذلك للوصول إلي المنفعة المباشرة من الاستخدام، حيث يكون الاستخدام بغاية العلاج فقط، وهذا عكس قيمة تحقيق الهوية: التي من خلالها يسعي الفرد ليس فقط الي العلاج أو استهلاك دواء معين-خاصة في التداوي الذاتي-، بل يسعي إلي إظهار مكانته الاجتماعية وهويته بما فيها من مستوي مادي وثقافي وطبقي معبر عنه.

هذا بالنسبة للقيم الموجهه للممارسات العلاجية والاستهلاكية للأدوية؛ أما بالنسبة لدور الجماعات المرجعية التي يرتبط فيها الفرد بباقي الأعضاء ويتأثر من خلالها بسلوك غيره ويرجع إليها لتقييم سلوكه، فهي تلعب دورا كبيرا في توجيه المريض نحو أسلوب علاج معين، حسب خبراتهم العلاجية التي اكتسبوها من خلال تكرار الأمراض عليهم، فهم قد يصفون الدواء ويتعاطون أدوية دون الرجوع إلي الطبيب، فالجماعة المرجعية تقدم المساندة الاجتماعية -التي تعد أحد أهم ابعاد نوعية الحياة - بما فيها من مساندة معلوماتية أو مادية أو وجدانية تعمل علي رفع الروح المعنوية للمريض، وتبصره بكيفية أستخدام الأدوية الموصوفة له، وبالتالي تعد الجماعة المرجعية والقيم الاجتماعية من أهم المتغيرات التي توجه اختيارات الأفراد نحو أساليب العلاج وبالتالي نحو الدواء.

٢- الدخل واستهلاك الدواء في الحياة اليومية:

يعد الدخل أهم العوامل الاقتصادية المؤثرة علي استهلاك الأسر للسلع كمًا وكيفاً، فالدخل القومي يحدد القوة الشرائية العامة لمجموع السكان، بينما يحدد الدخل الفردي- المتمثل في المرتبات والأجور وعائدات الاستثمار والمكافآت- اتجاه الفرد نحو الرفاهية الصحية ونحو استهلاك الكثير من السلع (الأدوية)، وبالتالي نعتبر العلاقة قوية بين الدخل والاستهلاك فكلما ازداد الدخل يزداد الاستهلاك.[١٩] وفي ضوء ذلك تعرض الدراسة لبعض الآراء النظرية لبعض العلماء فيما يتعلق بتأثير الدخل علي معدل الاستهلاك. وهي كالتالي:

أ- استهلاك الدواء في ضوء نظرية الدخل المطلق عند جون مينارد كينز:

يري "كينز" أن الإنفاق الاستهلاكي يعتمد بصورة أساسية على مستوى الدخل. وبالتالي فإن استهلاك السلع يتجه للزيادة مع كل زيادة في الدخل، بحيث تكون زيادة الاستهلاك أقل من إجمالي الزيادة في الدخل؛ طالما أن هناك جزء من الدخل يوجه للإدخار[٢٠].

لذا يفترض "كنيز" في نظريته للاستهلاك أن هناك عوامل موضوعية وأخرى ذاتية تؤثر علي أنماط الاستهلاك، تتمثل العوامل الموضوعية في هيكل توزيع الدخل القومي بين أفراد المجتمع، ومستوي الأسعار، وعادات الإنفاق الاستهلاكي، والثروة التي يمتلكها أفراد المجتمع. أما العوامل الشخصية فهي تتمثل فى الرغبة فى حب

الظهور والكرم والتبذير والحرص والبخل والاحتياط للمستقبل.

وبالرغم من أن هناك عوامل موضوعية وأخري ذاتية تؤثر علي أنماط الاستهلاك؛ إلا أن كينز قد رأي أن أهم محددات الاستهلاك الكلي هي العوامل الموضوعية، وذلك باعتبار أن العوامل الشخصية –في رأيه– يلغي بعضها البعض على المستوى الكلي. وعند مناقشته أثر العوامل الموضوعية علي الاستهلاك في المجتمع، رأي أن أهم تلك العوامل مستوى الدخل المتاح. وأن زيادة حجم الدخل المتاح تؤدي إلي زيادة حجم الاستهلاك، بينما يؤدي انخفاض حجم الدخل المتاح إلي انخفاض حجم الاستهلاك في المجتمع(٢١).

وبالرغم من أن التغير فى الاستهلاك على المدى القصير يرجع إلى تغير فى الدخل، إلا أن زيادة الميل للاستهلاك ترجع إلى أن الجماعات الفقيرة التي تخصص الجزء الأكبر من دخلها للاستهلاك، وهذا ما يعنى ارتفاع الميل للاستهلاك لدى الجماعات الفقيرة عنه لدى الجماعات الغنية (٢٢).

ب- استهلاك الدواء في ضوء نظرية الدخل الدائم عند فريدمان:

ترتبط فرضية الدخل الدائم بالاقتصادي "ميلتون فريدمان" والتي بناها علي عدة أفتراضات من أهمها: أن كلاً من الدخل والاستهلاك يتكون من دخل دائم وعابر. وحسب ذلك التقسيم فإن العلاقة بين الدخل والاستهلاك هي علاقة بين الدخل الدائم والاستهلاك الدائم. حيث أن الاستهلاك لا يتأثر بالمتغيرات المفاجئة في الدخل، وهو ما أسماه فريدمان بالدخل العابر أو الانتقالي.

وبالتالي فان استهلاك الأسر عبر الزمن إنما يتحدد وفقا

لمفهوم الدخل الدائم، ويعرف فريدمان الدخل الدائم بأنه ذلك الجزء المتوقع من الدخل الحالي الذي يساوي متوسط الدخل المتوقع عبر الزمن، ويمثل الحد الأقصي الذي تنفقه الأسر علي الاستهلاك مع بقاء ثروتها ثابتة دون تغيير، أي ان الدخل المتوقع هو العائد من الثروة مقدراً بالقيمة الحالية للدخل المتوقع الذي تحصل الأسرة عليه في المستقبل[٢٣].

وأن تفضيلات المستهلكين مستقلة، مما يدل على تصرفاتهم الرشيدة ويسعون إلى تعظيم المنفعة، حيث يخصصون الموارد المتاحة لديهم للإنفاق خلال فترة طويلة الأجل. فالمستهلك يحرص على استقرار إنفاقه الاستهلاكي عبر الزمن، مما يدل على ثبات مستوى الاستهلاك للأفراد والعائلات، وأن ترتيبات المستهلكين تكون تابعة لظروف التأكد أي الدخل الدائم، حيث إن ظروف عدم التأكد تدفع المستهلك لتكوين احتياطي لمواجه المستقبل مما تدفعه للادخار، هذا بالاضافة الي وجود عادات استهلاكية من الصعب التخلي عنها بين فترتين زمنيتين متقاربتين، فاستهلاك الفترة الحالية مرتبط الى حد ما باستهلاك الفترة الماضية [٢٤].

ج- استهلاك الدواء في ضوء نظرية دورة الحياة عند مودجلياني وآندو:

طرح مودجلياني (١٩٥٤) واندو (١٩٦٣) نظرية دورة الحياة التي تفترض أن الأفراد يخططون لنمط استهلاكي مستقر ثابت نسبياً عبر فترة زمنية طويلة، وذلك بالطريقة التي تحقق لهم أفضل استهلاك أمثل خلال أو علي مدي حياتهم المتوقعة، وبالتالي فالاستهلاك يتأثر بعوامل نفسية خلافاً لعامل الدخل، فالمستهلك

يتخذ قراراته الاستهلاكية حسب توقعات دخله المستقبلي بحيث يحاول المحافظة على نمط استهلاكي أو مستوى معيشة مستقر خلال سنوات حياته. لذا فإن الميل المتوسط للاستهلاك يكون منخفضاً خلال المراحل الأولى لتكوين سلة ادخار تساعده على التمتع والعيش برخاء حتى آخر مراحل الحياة (٢٥). وطبقاً لهذه الفرضية، فإن استهلاك الفرد في فترة حياته يعتمد علي قيد ميزانية دورة حياته الذي يتضمن الدخل الحالي والدخل المتوقع.

وبناءً عليه؛ يذهب أنصار الفكر الاقتصادي إلى أن الانسان يكون لديه ميل طبيعي نحو الاستهلاك، وأن ثمة ارتباطاً ما بين دخل الأسرة واستهلاك الدواء؛ حيث إنه كلما زاد دخل الأسرة أدى إلى زيادة الرفاهية الصحية وبالتالي إلى زيادة استهلاكها للأدوية، وأن سلوك الأسر بصدد عملية استهلاك الدواء: هو سلوك رشيد وعقلاني يسعي إلى تعظيم الفائدة والمنفعة. ويبدو أكثر وضوحًا في القرارات التي تتخذذها الأسرة ويكون لها طابع اقتصادي فيما يرتبط بعلاج أحد أفرادها، وبتحديد ميزانية شهرية أو سنوية للعلاج .

كما أن قرارات الأسرة فيما يتعلق بتحديد نوعية وكمية الأدوية التي تستهلكها –خاصةً في التداوي الذاتي– هي قرارات ذاتية مستقبلية تتحدد في ضوء بعض الاعتبارات، منها: الدخل والمنفعة التي تعود عليها، وأذواقها وتفضيلاتها الخاصة والمستقبلية عن أذواق الآخرين، وأسعار المنتجات الدوائية. ولا يتحق ذلك إلا إذا كان الأسرة تمتلك السيادة في القرارات والرغبات التي تؤثر في تحديد نوعية وكمية الأدوية والمنتجات الدوائية ومستحضرات التجميل التي

سيقوم المنتج بتوفيرها بالأسواق حسب الموارد المتاحة[٢٦].

٣- التعليم وتشكيل المعرفة الدوائية:

يعد التعليم الركيزة الأساسية التي تقوم عليها عملية التنمية بأبعادها المختلفة الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، فهو يهدف إلى إكساب الفرد عدد من المخرجات التعليمية، يأتي علي رأسها قدرات التفكير الإبداعي وحل المشكلات، والمهارات الحياتية بأبعاده وأشكالها المختلفة، التي من شأنها أن تعين الفرد علي ابتكار الجديد والتفاعل الإيجابي مع البيئة والمجتمع، وامتلاك مفاتيح المعرفة والدراية[٢٧]. وفي ضوء ذلك تعرض الدراسة لبعض الآراء النظرية لبعض العلماء فيما يتعلق بدور المستوي التعليمي في تشكيل المعرفة الدوائية. وهي كالتالي:

أ- التعليم والحرية عند باولو فرايري:

يرى باولو أن التعليم الذي يستهدف الحرية يركز علي الإدراك أكثر مما يركز علي نقل المعلومات، فمادة التعليم في هذا الحال تقف في وضع وسطي بين المتعلم والمعلم، فالعلاقة الحوارية التي تنشأ بينهما تساعدهما علي الوعي بمادة التعليم وبذلك يصبح التعليم ممكناً. وعلي ضوؤء ذلك أسس فلسفته التعليمية علي عدة مبادئ، تمثلت في[٢٨]:

- التعليم ليس محايداً؛ إنما يتخذ أحد الاتجاهين: اتجاه مساعدة الناس علي التحرر من القهر، واتجاه إفقاد الناس حريتهم وإنسانيتهم، وترتيباً علي ذلك لا يوجد شيء أسمه تعليم ذو قمة

حرة أو تعليم نزيه. وهذا ليس شيء غريب علي باولو، الذي يهدف في فلسفة وتربيته للتحرر إلى إيقاظ وعي الناس بواقعهم، وإدراكهم له؛ ومن ثم مساعدتهم علي التحرر وأنسنتهم.

- الناس أحرار في عالمهم ويتميزون بقدرتهم علي الإبداع والتغيير فيه وفي أنفسهم، وذلك ما أتيح لهم من قدرة علي التفكير والتدبر في ماضيهم والوعي به، ومن ثم فهم حاضرهم في ضوء ذلك. وبالتالي يستطيعون التخطيط لمستقبلهم.
- لا يتم التغيير في البناء الاجتماعي لصالح الإنسان المقهور؛ إلا من خلال أن يتعلم الكبار القراءة والكتابة، أو من خلال تغيير وعيهم بذواتهم كشخصيات، والخياران متلازمان والثاني مترتب علي الأول، وإن كان الثاني أكثر عمقاً في بناء الشخصية وتنمية وعيها وتغييره، فالخيار الثاني يتمثل في تنظيم عملية تربوية تعليمية يتحول المشاركون فيها من أناس سلبيين مقهورين معزوليين إلي أناس متفاعلين، لديهم امكانيات التعلم معا والعمل مجتمعياً.

ولا شك أن هذه هي المبادئ التي يجب أن تقوم عليها أي فلسفة تهدف إلي التعليم، حيث إن التعليم في أي مرحلة من المراحل يجب أن يعمل علي مساعدة الناس، وتوعيتهم وإيقاظ وعيهم ومحو أميتهم، وبالتالي سيساعدهم علي فهم واقعهم والعمل علي تغييره، ولا يأتي هذا إلا من خلال الحوار الجدلي الهادف الذي إذا ما تم بنجاح استطاع أن يوقظ وعي الأفراد، وذلك من خلال عملية متكاملة تبدأ

بتحديد الأهداف ثم وضع الخبرات التعليمية الهادفة التي تكون نابعة من الواقع.

وبالتالي يؤكد باولو علي أن تحرير الإنسان هي أهم وظائف التعليم، حيث يرتبط تحرير الإنسان بتمكينه من الوصول إلي المعرفة بصورة مستقلة، والتفاعل معها ونقدها، وتوظيفها في حل المشكلات – الآنية والمستقبلية- بما يؤدي إلي الوعي المعرفي والاجتماعي والإنساني(٢٩).

ومن هنا يتضح دور التعليم المبني علي القراءة والكتابة والوعي في تشكيل المعرفة الدوائية للأسر، فالأفراد من خلال المراحل التعليمية المختلفة التي يمرون بها يحصلون علي معلومات علمية عميقة حول الأدوية وأنواعها ومكوناتها واستخداماتها وأثارها الجانبية، وتفاعلها مع بعضها وتفاعلها مع الغذاء،... وغير ذلك من المعلومات المرتبطة بالأدوية التي قد يستخدمها الفرد أو لا يستخدمها، وأن تلك المعلومات لا فائدة منها أن لم تطبق في الحياة اليومية، فهي بمثابة الحلول العلمية والعملية التي تقي من الأثار الجانبية للأدوية وتتصدي للاستخدام العشوائي للأدوية، وهذا ما ذهب إليه باولو في أن الفرد بالوعي الناتج عن التعليم يستطيع معرفة العالم وتغييره، ومعرفة الظروف التي يعيش فيها والتي تؤثر فيه، ومن ثم تغييرها.

ب- التعليم ورأس المال الثقافي، والوسط المعيشي عند بيير بورديو:

يعد "بيير بورديو "Pierre Bourdieu من أهم علماء الاجتماع البارزين في أواخر القرن العشرين الذين اهتموا بتحليل

الاستهلاك في العالم المعاصر. فقد سار "بورديو" على نهج "فيبلن" في رؤيته للوظيفة التي يحققها الاستهلاك تدعيماً للمكانة الاجتماعية للفرد في المجتمع، وأظهر بطريقة مجددة مدى التعبير عن الاختلافات بين المجموعات، معتمدا في ذلك علي مفهوم "رأس المال الثقافي" الذي طرحه عام١٩٨٤م.(٣٠)

وقد عرف "رأس المال الثقافي" بأنه: معرفة الفرد بالثقافة الجمالية المتميزة ذات المركز الاجتماعي الرفيع، وإدراكه لعناصرها، مثال ذلك الفنون الرفيعة والثقافة الأدبية، والقدرة اللغوية(٣١). وقد حدد ثلاثة أشكال لرأس المال الثقافي هي: الحالة المجسمة وتتعلق بترتيب وتنظيم العقل والجسد، وهي تتطلب من الفرد بذل الوقت والجهد بهدف تكوين رأس المال الثقافي ومراكمته. والحالة الشيئية وتتمثل في السلع الثقافية كالصور، والكتب، والآلات، والمباني،.... . والحالة المؤسسية كالمؤهلات العلمية المعتمدة. (٣٢)

فقد رأى أن الفئات والأصناف المختلفة والمتباينة في تأهيلها التعليمي تنول حظا من الآفاق المختلفة لرأس المال الرمزي(*)، ولهذا فإن المجموعات السائدة تستعرض تفوقها من خلال الزيادة في ثقافتها وبالتالي استهلاكها المرتفع. كما أن ملكية الفرد للأشياء المادية تتطلب منه امتلاك رصيد من رأس المال الثقافي.(٣٣)

مما سبق يتضح أن "بيير بورديو" قد أضاف البعد الثقافي في تحليله للعلاقات الاجتماعية للمستهلكين في المجتمعات الرأسمالية، حيث ذهب إلى أن رأس المال الثقافي يقسم الجماعات الاجتماعية على حسب قدراتهم المختلفة في استثمار القيمة الثقافية للسلع

الرمزية، حيث تستخدم وظيفة السلع الرمزية: كعلاقات تشير إلى الاحترام والمكانة الاجتماعية، لذا تعد الثقافة عملية للتعريف بالهويات التي أنتجت من خلال ممارسة التمايز التي تتم في الممارسات الاستهلاكية، أي باستهلاك العلامات والرموز المعبرة عن الذوق ورأس المال الرمزي للفرد، لذا يعد الاستهلاك انطلاقة للشعور بالهوية، حيث تنمي هويتنا عن طريق استهلاكنا البضائع، ويكون استهلاكنا تعبيراً عن تذوقنا الاستهلاكي ومؤشراً لعضويتنا وانتمائنا لثقافة أو جماعة محددة.(٣٤)

ويمكن انتقال رأس المال الثقافي بطريقين: الأولي: من خلال الأسرة، والتي من خلالها يكتسب الفرد أنماط التفكير والاستعدادات ونظم المعني، ويكتسب قيماً محددة للسلوك. والثاني: عن طريق نظام التعليم الذي يعتبره "بورديو" العائق الثقافي الأكبر، لأنه مسئول عن إعادة إنتاج الأوضاع الاجتماعية القائمة(٣٥).

كما ذهب في نظريته "الوسط المعيشي" إلي أن كل جماعة لها وسط معيشي يعكس الظروف الموضوعية التي تعيش فيها، فهي ظروف تجعل لكل جماعة تشترك في ظروف واحدة ووسط معيشي متقارب، يجعل لها ممارسات خاصة تميز استجابتها لهذه الظروف، ومن هنا تنشأ لكل جماعة ثقافة خاصة تعكس هويتها وتعبر عن خصوصيتها، وهذا ما أشار إليه "بورديو" بخصوصه ثقافة الاستهلاك وهي تعني عملية اكتساب للثقافة تكشف عن قدر من التباين بين الجماعات المختلفة، وبناءً علي ذلك فإن الفروق بين الجماعات ليست فروقاً مادية فقط؛ ولكنها فروق ثقافية أيضا. ومن أكثر الفروق

الثقافية ظهوراً ما يظهر في أنماط التذوق الاستهلاكي للسلع والخدمات، وأول أشكال التمايز الاجتماعي في أنماط التذوق الاستهلاكي تبدأ بالطبقة، ولكنها تتوازي أيضاً مع تمايزات اجتماعية أخري مثل: التمايز بين الذكور والإناث، والتمايز بين الشباب والشيوخ، والتمايز بين الريف والحضر.(٣٦)

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن "بورديو" يؤكد علي أن رأس المال الثقافي والوسط المعيشي يمثلان مصدر المعرفة الدوائية، حيث إن الأفراد من خلال تعليمهم واطلاعهم يتشكل لديهم رأس مال ثقافي يمدهم بمعرفة دوائية تمكنهم من معرفة أساليب العلاج والأدوية وطرق استخدامها وكيفية حفظها، هذا بالإضافة إلي الظروف الموضوعية المشتركة التي تعيش فيها كل جماعة، والتي تجعل لكل جماعة تشترك في ظروف واحدة ووسط معيشي متقارب، يجعل لها ممارسات خاصة تميز استجابتها لهذه الظروف، ومن هنا تنشأ لكل جماعة ثقافة دوائية خاصة تعكس هويتها وتعبر عن خصوصيتها، وبالتالي تعد تلك الظروف المشتركة مصدرا للمعرفة الدوائية.

٤- المساندة الاجتماعية للمعرفة الدوائية عند ماكس شيلر:

تتباين وتتنوع مصادر المعرفة بتباين نوعية الحياة التي يعيشها الأفرد وبمدى المساندة الاجتماعية المقدمة لهم؛ فلقد ذهب علماء الاجتماع إلي أن معارف الإنسان تتعدد وتتنوع حسب نمط عيشه وتطوره الفكري والاجتماعي: بين الذات والتراث والدين والعقل

والخرافة وارتباط ذلك بالزمان والمكان، وتحت هذا التنوع تتباين مصادر الملكة العارفة فمنها ما مصدرها عقل الإنسان وأخرى إدراكاته وأحاسيسه، وبعضها ميراثه الثقافي الاجتماعي، وبعضها دينه، وقسما منها من معتقداته الغيبية، وأخرى اكتشافاته العلمية(٣٧).

ويعتبر عالم الاجتماع الألماني ماكس شيللر "max scheler "، أول من استخدم مصطلح "علم اجتماع المعرفة"، في عام ١٩٢٤م. ليعني به الاهتمام بدراسة النتاجات الثقافية المختلفة، مثل: العلم والتكنولوجيا والفكر السياسي والأخلاق والقانون والفلسفة، وغيرها. أي انه ببساطة علم اجتماع الحياة الفكرية. وقد حدد "شيلر" العناصر الأساسية لعلم اجتماع المعرفة في.الاهتمام بدراسة: الطابع الاجتماعي والجمعي للمعرفة، والتوزيع الاجتماعي للمعرفة من خلال مؤسسات اجتماعية متخصصة، مثل: المدارس، الجامعات، المؤسسات الصحفية، دور النشر، وأجهزة الاتصال الجماهيري الأخرى. ثم دور المصالح والاهتمامات الاجتماعية في تشكيل كافة أنواع المعرفة.(٣٨)

ومن هنا انطلق "شيلر" في تحديده للموضوعات الأساسية لعلم اجتماع المعرفة من أن كل عمل ذهني، وكل تفكير عقلي مشروط بالبناء الاجتماعي الذي يتم فيه. ورأي أن العلم بمفرده لا يعد النموذج الوحيد في المعرفة، فالهيمنة الحالية للعلم الطبيعي لا تثبت أن العلم اعلي درجات المعرفة، حيث تعتمد المعرفة علي عوامل سوسيولوجية تتم عبر التنظيمات السائدة في المجتمع(٣٩). وعلى هذا الأساس ارسي "شيلر" علم الاجتماع المعرفي بشكل

أساسي علي مفهومين[٤٠]، هما:

المفهوم الأول (حيوية الجماعة): الذي يتضمن ما مخزون من ثقافة اجتماعية في منطقة اللاشعور عند الفرد مثل: الأسطورة والحدوتة والتعاليم الدينية والغناء الشعبي والأعراف الاجتماعية والسلوكيات النمطية من قبل الثقافة التي تتضمنها، وأن هذا الجزء الثقافي بطيء التغير؛ لأنه مرتبط بشكل عضوي بحياة الفرد اليومية.

أما المفهوم الثاني فهو (روح الجماعة): الذي يتمثل في المستوى الموضوعي في التفكير، ويكون موضعه في منطقة الشعور الواعي مثل: مفهوم الدولة والقانون والتربية والعلم، والتي تكون في أغلب الأحيان مدونه في سجلات رسمية تنفذها قادة المجتمع وصفوته.

وهذان المفهومان يحددان مسار المعرفة للأفراد، فيكون الأول ذاتي، لا شعوري غير رسمي، صعب التغيير والتبديل، ويكون الثاني موضوعي شعوري رسمي، يخضع للتغير الاجتماعي، يقومان بتغذية معرفة الفرد.

وبناءً عليه، يؤكد شيلر علي أن معرفة الفرد ليست معرفة عشوائية، إنما معرفة تخضع لثلاث مؤثرات رئيسة[٤١]، هي: الفهم الداخلي: أي استيعاب الفرد لمستلزمات عضويته داخل المجتمع. وامتثال الفرد لأهداف مجتمعه. وخضوع الفرد لما يقدمه البناء الاجتماعي من نوع معرفي يعكس طبيعته عن طريق التنشئة الاجتماعية حتى لا يكون هناك تعارض بين أنا الفرد ونحن المجتمعية.

وفي ضوء ما سبق، أري أن منابع المعرفة الدوائية وأساليب العلاج في ضوء منظور "شيلر" تتمثل في منبعين أحدهما غير رسمي وذاتي يتمثل في "مخزون الثقافة الاجتماعية": الذي يستمد مصادر معرفته من الأسطورة والحدوتة والتعاليم الدينية "القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة" والغناء الشعبي والأعراف الاجتماعية والسلوكيات النمطية من قبل الثقافة التي تتضمنها، والثاني رسمي موضوعي يستمد مصادر معرفته الدوائية من خلال مؤسسات اجتماعية متخصصة، مثل: المدارس، الجامعات، المؤسسات الصحفية، دور النشر، وأجهزة الاتصال الجماهيري الأخرى.

وبناءً عليه، يرجع "شيلر" مصدر المعرفة الدوائية إلى مؤثرات الحياة الاجتماعية، ومدى استيعاب الفرد لها والقدرة علي استيعابها وتحليلها بدقة دون الخروج عن البناء الاجتماعي الذي ينتمي إليه، فالفرد من خلال علاقاته الاجتماعية مع المصادر المتاحة في بيئته الاجتماعية –سواء كانت مصادر رسمية أو غير رسمية- يحصل علي المعرفة الدوائية التى توجه نحو الاستعمال الأمثل للدواء، وذلك من خلال المساندة المعلوماتية: التي تتمثل في تقديم المعلومات، والنصائح التي قد تساعد الفرد على حل المشكلات، والتغذية السلوكية الراجعة [٤٢].

وبالتالي فإن العلاقات الاجتماعية المساندة تقى الفرد من أحداث الحياة المثيرة للمشقة التى يتعرض لها الأفراد فى حياتهم اليومية، والتي تؤثر سلباً على صحتهم النفسية والبدنية، لذا تأتي أهمية المساندة الاجتماعية من "إدراك الفرد لوجود أشخاص مقربين

له، يثق فيهم، ويهتمون به فى أوقات الأزمات، يمدونه بأنماط المساندة المتعددة، سواء فى صورة حب وعطف، أو فى صورة تقدير واحترام، أو فى صورة مساعدة ماديه، أو فى صورة معلومات واستشارات وإرشادات، أو فى صورة علاقات حمية مع الآخرين أم كلهم معاً.

٥- المعرفة الدوائية والاستخدام الأمثل:

كان ينظر للمعرفة دائما علي إنها إنتاج فرد أو مجموعة من الأفراد، ولكن ينظر الآن للمعرفة بمدي تطبيقها في الواقع والاستفادة منها من قبل الأفراد والمؤسسات كفاعلين اجتماعيين ذوي الكفاءات والمهارات تحت شعار"كيف تستخدم ما تعرف" وليس "ماذا تعرف".(٤٣) وفي ضوء ذلك تعرض الدراسة لبعض الآراء النظرية لبعض العلماء فيما يتعلق بأهمية المعرفة ومدي الاستفادة المعرفة.

أ- الوعي القصدي لإبن حزم:

اهتم ابن حزم بقصدية الوعي ومن ثم أكد علي الفهم والإرادة في تحصيل المعرفة، وعليه ذهب إلي أن الوعي الذي يدفع بالشخص إلي طلب العلم يقوم على الفهم واستحكام الإرادة، مؤكدًا علي أن الوعي القصدي هو الذي يقوم على مقولة الإضافة التي تشير إلي أن حضور شيئين لا يثبت أحدهما إلا بثبات الاخر، فالعلم يقتضي عالماً، والعالم يقتضي علماً، أي أن الوعي يقوم علي مُدِرِكْ ومُدْرَكْ، حيث المُدْرَكْ يقتضي مُدِرِكْ، المُدِرِكْ يقتضي مُدْرَكْ ، وعليه يكون الوعي هنا وعياً قصدياً، أي وعي بشيء(٤٤).

وبناءً عليه؛ فالوعي عن "ابن حزم" وعي بشيء ما وليس وعي في ذاته، ومن ثم ربط الفعل بقصديته، وذهب إلى أن القصدية هي التي تحكم أفعال الأشخاص، وأن تفسير الفعل بقصديته أساس ظاهري، وأن فعل بلا قصدية أو إرادة أو نية لا يندرج ضمن أفعال الإنسان في تفاعله وتعاملاته في مواقف الحياة اليومية المعاشة. إذ أن الأعمال بالنيات أي بالقصود "ولكل أمريٍء ما نوي" أي ما قصد(٤٥).

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن الاستخدام الأمثل للدواء في ضوء منظور "ابن حزم" يتطلب وعي قصدي بالمعرفة الدوائية وأساليب العلاج، حيث تمكن المعرفة الدوائية الأفراد من الاستخدام الأمثل للدواء، وذلك من خلال توجيه الأفراد لفكرهم بشكل قصدي، حتى يتشكل لديهم الوعي الدوائي الذي يمكنهم من معرفة وفهم المعلومات الخاصة بالدواء وتفاعلاته وكيفية استخدامه وتخزينه، وبالتالي تكون لديه القدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية بصورة مستمرة يكسبها شكل العادة التي توجه قدراته وتحديد واجباته المتزنة المتكاملة التي تحافظ على صحته وحيويته، وذلك في حدود إمكانياته.

ب- الوعي القصدي لأدموند هوسرل:

جاءت إسهامات هوسرل "Husserel Edmund" الفينومينولوجية في ضوء الطرح الفكري من قبل "دلتاى" وما واكب ذلك من نقد وجهه للنزعة الطبيعية والتجريبية التقليدية، إضافة للنقد الموجه لهجيل والتي تطرح بديلا فلسفيا للعلوم الاجتماعية، يساعدها علي فهم العالم الاجتماعي، والعمليات الأساسية التي تشكل الوسط

الذي تعمل من خلاله تلك العمليات، والأحداث الاجتماعية، وهي الوعي. [٤٦]

حيث ذهب "هوسرل" إلى أن الحقيقة والواقع أمور مقصودة أو متعمدة، بمعني أن الذات الإنسانية هي التي توجه وعيها وشعورها نحو الأشياء والموضوعات، كما أن الخبرة دائما ما تحمل الطابع العمدي المقصود، ومن ثم فإن كل أنواع الوعي والشعور تنطوي بالضرورة علي وعي بالأشياء والموضوعات، ومن خلال النشاط الذي يقوم به الوعي والشعور تكتسب الموضوعات والأشياء ما لها من بناء ومعني، ويترتب علي ذلك أن معني الشيء أو الموضوع لا يكون خاصية لازمة له بذاته، بل يستقر في الحياة الداخلية للذات، غير أن عالم الحياة بالنسبة للذات -أي الوعي والشعور- يتركب هو الآخر من خبرات عديدة ومتراكمة ومن افتراضات وقضايا متنوعة تحول دون تحقيق عملية الفهم.[٤٧] وبناءً عليه، فقد تجسدت إسهامات هوسرل في:

- التأكيد علي أن العمليات التجريدية لإثارة وعي المفكرين للبحث في الكيفية التي تشكل بها العمليات العقلية للأفراد طبيعة العالم الاجتماعي، وبصورة أكثر من النظر إلي العالم باعتباره مفروضا علي الوعي، وتحويل الاهتمام إلي الكيفية التي تخلق بها طبيعة العالم الاجتماعي من العمليات الذاتية للعقل البشري.
- أدي الاهتمام بخلق عالم الحياة بالمتخصصين المدرسين إلي التساؤل عن كيفية خلق البشر للوعي بالواقع، وكيف أن وعيهم بالواقع يمكن

أن يكون الأساس الرئيسي في حل مشكلة النظام.

- إمكانية فهم الوعي البشري والواقع الاجتماعي بدراسة الإفراد في نطاق التفاعل الفعلي.

ومن هنا أعلن هوسرل الاختزال الفينومينولوجي والذي من خلاله يتخلي الوعي والشعور عن كل الأفكار المرتبطة بالعالم الخارجي وما يحتويه من أشياء وموضوعات، ليصبح وعياً خالصاً وشعوراً بحتاً، وبهذه الطريقة يدع الباحث المجتمع والثقافة والتاريخ جانبا، أي يضعهم بين قوسين لتصبح المعرفة نتاجا "لعمدية" أو "قصدية" الوعي الخالص.

وبناءً عليه؛ يمكن القول بأن هوسرل ينظر إلى الوعي على أنه عملية، وليس شيئا في حد ذاته، وذلك لأن الوعي عنده لا يوجد في رأس الفاعل فحسب؛ ولكنه يوجد في العلاقة بين الفاعل والأشياء في العالم، وقد عبر هوسرل عن هذا التوجه في طرحه لمعنى القصدية، حيث ذهب إلي أن الوعي دائما هو الوعي بشيء ما وببعض الموضوعات. ومن ثم أكد هوسرل علي أن الوعي يوجد في هذه العلاقة، حيث ذهب إلي أن تنظيم العالم أو فهمنا له متركز علينا وليس على العالم في ذاته، فنحن نرى العالم بالنسبة لنا وليس العالم في ذاته، والظواهر المتبدية أمامنا ليست مواضيع للمعرفة بل بالقصد يمكننا إدراك الشيء (الموضوع) إدراكا مباشراً[٤٨].

وفي ضوء ما سبق، يؤكد "هوسرل" علي أن معرفة الشيء تأتي من الوعي القصدي له"، وبالتالي فإن المعرفة الدوائية لدى الأسر تكون ناتجة عن الوعي القصدي، وبالتالي فإن وعي الأسر

بحاجتهم إلى الاستخدام الأمثل للدواء، تتطلب منهم معرفة. وأن هذه المعرفة تتطلب من الفرد تثقيف ذاتي يهدف إلى إيصال المعلومات والمهارات الدوائية الضرورية لممارسة الفرد حياته، وتغيير بعض السلوكيات لتحسين نوعية هذه الحياة، الأمر الذي ينعكس على صحة الفرد والجماعة والمجتمع، من خلال إدخال تعاليم صحية وسلوكيات سليمة وأنماط حياة تتوافر فيها الصحة والسلامة التي تتماشى مع المجتمعات بما فيها من خصوصيات وتقاليد وعادات خاصة بها.

وبناءً عليه؛ تعد مسألة التثقيف الدوائي وتنمية الأفكار وبناء ثقافة دوائية من الضرورات التي تساعد في بناء إنسان سليم يتمتع بصحة جيدة قادر على تحقيق التنمية المستدامة، حيث إن الجهل باستخدام الأدوية هو أمر في غاية الخطورة، وذلك لتأثيراتها الصحية والاقتصادية والاجتماعية، تلك التأثيرات التي قد تتعدى في أضرارها إلى الأجيال اللاحقة، الأمر الذي يحتم على الدولة اتخاذ إجراءات فاعلة في التوعية الدوائية. ومن هنا، يأتي دور الوعي الدوائي في حماية الفرد من الانزلاق في المؤثرات السلبية التي تضر به وتحصينه أخلاقياً وسلوكياً، وذلك من خلال الارتقاء بمستوى الفكر الواعي الذي يفرق بين الخطأ والصواب.

ج- مخزون المعرفة المشتركة لدي ألفرد شوتز:

ينهض التوجه النظري عند "شوتز" Alfred Schütz علي أساس أن جميع البشر يحملون في عقولهم قواعد وطرق اجتماعية ومفاهيم عن السلوك الملائم، وان لديهم معلومات أخرى تسمح لهم

بالتصرف في محيط عالمهم الاجتماعي. وأن كل من تلك القواعد والطرق الاجتماعية، والمفاهيم والمعلومات بمثابة مخزون معرفي لدى الفرد، وتلك المعرفة المشتركة هي التي تمنح الناس الإطار المرجعي أو التوجه الذي يمكنهم من تأويل الأحداث كما يمارسونها في العالم المحيط بهم.(٤٩)

وأن لمخزون المعرفة المشتركة سماتٍ، تتمثل في:

- أن مخزون المعرفة المشتركة بين أعضاء المجتمع يمثل الواقع العقلي للبشر، وذلك لان مخزون المعرفة المشتركة تلك تشكل وتؤلف الواقع الأسمى المتمثل في الشعور (الوعي) بالواقع المطلق، ذلك الواقع المطلق الذي يؤلف جميع الأحداث الاجتماعية ويرشدها. وعليه فإن الفاعلين يستعينون بمخزون المعرفة المشتركة والوعي بالواقع في ممارستهم خلال عملية التعاون مع الآخرين.
- أن تلك المعرفة تشكل مجموعة الفرضيات والإجراءات التي تستخدم من قبل الأفراد في تفاعلاتهم.
- أن مخزون المعرفة المشتركة يتم تعلمها، حيث تكتسب من خلال عملية التنشئة الاجتماعية في نطاق العالم الاجتماعي والثقافي العام.
- أن لدى الناس عدد من الفرضيات يعملون بوحي منها، وتسمح لهم بتكوين وعيهم بالرؤى والمنظورات المتبادلة بينهم، منها:

أ- الآخرين الذين على الفاعل أن يأخذهم في اعتباره والذين يشاركهم مخزون المعرفة.

ب- الآخرون الذين لديهم عناصر فريدة في مخزونهم المعرفي بحكم سيرتهم الذاتية الخاصة، والتي قد يتم تجاهله من قبل الفاعل عندما

يتعامل معهم.

- أن مخزون المعرفة المشتركة يكتسب وجوده من خلال التنشئة الاجتماعية والفرضيات التي تمنح الفاعلين الرؤى والمنظورات المتبادلة والتي تعمل جميعها علي إعطاء الفاعلين المتطلبات الأولية التي تظهر الخصائص المثالية بالنسبة للجميع(٥٠).

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن "شوتز" يؤكد علي أن جميع الأسر يحملون في عقولهم قواعد وطرق اجتماعية ومفاهيم عن استخدام الدواء، وأن لديهم معلومات أخرى تسمح لهم بالتصرف في محيط عالمهم الاجتماعي. وأن كل من تلك القواعد والطرق الاجتماعية، والمفاهيم والمعلومات بمثابة مخزون معرفي لدى الفرد، وتلك المعرفة المشتركة هي التي تمنح الأسر الإطار المرجعي أو التوجه الذي يمكنهم من الاستخدام الأمثل للدواء.

وأن هذه المعرفة المشتركة يتم تعلمها واكتسابها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية الأساسية والثانوية، حيث ترتبط التنشئة الاجتماعية الأساسية بسنوات النشأة الأولي، وهي العملية التي يبدأ فيها الأطفال بتحقيق التراكم المعرفي والمهارات المطلوبة ليكون أعضاء في مجتمع ما، وتتم هذه العملية من خلال أنشطة متنوعة ترتبط بأساليب علاج بعض الأمراض، واستخدام الأدوية المرتبطة بأمراض معينة من خلال الملاحظة والتفاعل مع الآخرين، وبذلك تبدأ ثقافة الطفل الدوائية بالتشكيل، وفي حالة تعرض هذه الثقافة للتهديد ستواجه بالمعرفة والثقافة المحصلة من خلال التنشئة المبكرة.

حيث تلعب الأسرة دوراً مهماً في حالة مرض أحد أفرادها

بتحديد نوعية العلاج والمعالج أو الطبيب، إذ يكاد يكون هناك إتفاق بين بعض المجتمعات في الطرق والوسائل المتبعة في حالة حدوث مرض، فأول الأمر توجه الأسرة مجهوداتها إلى الالتفاف حول المريض، ومحاولة معرفة الأعراض المرضية منه وما يعانيه بالتحديد، وبعد حصرها لنوعية المرض، تبدأ الاجتهادات في التشخيص، وبعد الاستقرار علي نوعية المرض وغالبا ما يؤخذ برأي رب الأسرة، أو من يتمتع بخبرة لدى الأسرة لتقرير نوعية العلاج "تقليدي أو طب حديث"(٥١).

فالأسرة التي تعرف بعض اساليب العلاج وكيفية استخدام الدواء، تحاول أن تعلم أفرادها مبادئ السلوك الذي عليهم اتباعه في مواجهة المرض والتصرف تجاه الادوية: من حيث طرق الاستخدام والجرعة وطريق الحفظ وما إلي ذلك.

أما التنشئة الاجتماعية الثانوية فهي تتعلق بالخبرات الحياتية والاجتماعية والثقافية المعقدة والمستمرة، ومن هنا يشار إلي إطار أوسع من المهارات والمعارف والأدوار التي يتم تحصيلها وتعلمها طول العمر، فالتنشئة الاجتماعية الثانوية هي عملية فهم وإدراك معني الجوانب الثقافية المتعددة التي نمر بها طول حياتنا. فينظر إلى التعليم عادةً على أنه حاضن التنشئة الاجتماعية الثانوية، ففي مراحل الدراسة المختلفة يحصل الأطفال والمراهقين علي المعرفة الدوائية والمهارات – من خلال المواد العلمية والمناهج– المطلوبة لتخدم الاستخدام الأمثل للدواء في حياتنا اليومية.

د- طرق استخدام السلع عند ماري دوجلاس وبارون شروود:

قدم كل من "دوجلاس وأشروود" (Mary Douglas And Baron Sherwood's) عملاً مشتركاً تمثل في "عالم السلع: نحو أنثربولوجية للاستهلاك ١٩٩٦م."، ودعي كلٌ منهما إلى الاقتراب من النزعة الأنثربولوجية للطبيعة الاقتصادية للاستهلاك، بقدر الاعتراف بالاستهلاك كمؤثر ثقافي واقتصادي في استعمال السلع الاستهلاكية في أطر ثقافية مسبقة التجهيز وكنمط للاتصال بين الفرد والمجتمع(٥٢).

ومن هنا أكد كلٌ منهما على ضرورة فحص الطرق التي تستخدم بها السلع والمنتجات لتحديد العلاقات الاجتماعية، وإظهار الفروق والاختلافات بين الناس في المجتمع، حيث إن استخدامنا وتمتعنا بها يرتبط باستهلاكنا المادي لها، فنحن نستمتع بالسلع من خلال الاستهلاك المادي لها ومن خلال استخدامنا لها كماركات أو علامات للتميز، كما نتمتع بها أيضاً من خلال مشاركة الآخرين في نفس أسماء السلع والمنتجات، وفي تفوقنا عليهم في معرفة المعلومات والبيانات عن السلع والمنتجات، فضلاً عما توفره هذه المعرفة بكيفية استخدامنا واستهلاكنا لها بالشكل والقدر المناسبين، وبسهولة ويسر في كل المواقف التي تمر بنا في حياتنا الاجتماعية. وهكذا نجد ثمة ارتباطاً واضحاً أيضاً بين استهلاك السلع الثقافية الراقية (كالفنون والروايات و.........) وبين الطرق التي تتناول بها السلع الضرورية (كما في الملابس والطعام والشراب) وهذا ما ظهر واضحاً من الممارسات الثقافية السائدة لدى الطبقة العليا.(٥٣)

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن "دوجلاس وأشروود"

يؤكدان علي أن وظيفة الاستهلاك تكمن في خلق العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها، وخلق معاني اجتماعية وثقافية لمستخدميها، وأن الاستهلاك يتطلب من الأسر رأس مال ثقافي لمعرفة المعلومات والبيانات عن السلع والمنتجات، وكيفية استخدمها في كل المواقف التي تمر بهم في حياتهم الاجتماعية. كما أن امتلاك بعض الأسر للمعرفة الدوائية يعد عامل تميز وتفوق لهم علي أقرانهم، فالمعرفة الدوائية تساعد الأسر علي كيفية استخدام وتناول الأدوية بالشكل والقدر المناسب وبسهولة ويسر في كل المواقف التي تمر بنا في حياتنا الاجتماعية.

ثانياً- الثقافة الاستهلاكية للدواء في ضوء نظريات البنية:(*)

يرى "فردريك جيمسون" أنها ثقافة تولي اهتماماً بارزاً بالسطح وبالظاهر الخارجي، ومن ثم تتسم بعدم العمق، فهي ثقافة تحترق شوقا إلي التنوع في تزيين أو تشكيل السطح الخارجي، ولذلك تكون فائقة البراعة في المزج بين إبداعات السابقين(*)، وفي إهمال الزمن التاريخي، فهي ثقافة تفتقد للعمق، ولذلك تتسم بالولع بالسخرية، وانحسار العاطفة أو البخل في التعبير عن العواطف المتأججة، كما أنها ثقافة مفتونة بالحالات النفسية الفصامية (الشيزوفرينية)، ولذلك تسهم في إحداثها عند الأفراد، وهي أخيرا يوتوبية (خيالية) علي نحو مذهل، علي أساس أن ما تحلم به هو ما ستحصل عليه. " (٥٤)

لذا يعرفها كل من كليفلاند ولاروش (Cleveland and Laroche) بأنها: "كل ما يتعلق بكيف يمكن للأفراد إكتساب المعارف والمهارات والسلوكيات التي هي سمة من سمات الثقافة

الاستهلاكية العالمية الناشئة، والتي تتمثل في: استخدام اللغة الإنجليزية، والتعرض لوسائل الإعلام الأجنبية والعالمية، والتعرض للأنشطة التسويقية للشركات متعددة الجنسيات، والتفاعلات الاجتماعية عن طريق السفر أو الهجرة أو الاتصال بالاجانب، وتبادل الأفكار مع أشخاص من ثقافات أو دول أخرى، والانفتاح على الرغبة في توحيد أسلوب حياة الافراد في الفئة العمرية والطبقة الاجتماعية في البلدان الأخرى، والولاء والإنتماء للعلامات التجارية الأجنبية والعالمية"(٥٥).

وبناءً عليه؛ يعرفها "مجدي حجازي" بأنها: نظام معرفي مخطط يهدف إلى تغيير الفكر لتقبل مخرجات السوق والسلع المتداولة فيه، بالاعتماد على وسائل عدة من أهمها المعلوماتية وتكنولوجيا الاتصال والوسائط الإعلامية المسموعة والمرئية إلى جانب دراسة الثقافة والشخصية للجمهور المستهلك(٥٦).

وفيما يلي تعرض الدراسة لأهم العلماء والباحثين الذين تناولت أرائهم الثقافة الاستهلاكية في ضوء نظريات البنية، للتعرف على الطريقة التي يهيمن بها النسق علي الأفراد، والأسلوب الذي تدمج فيه الثقافة الشعبية الناس بالنظام، نوعية بنية الشخصية التي لا تقبل الهيمنة فقط بل تسعى لها بنفسها، وهي كالتالي:

١- التداوي الذاتي والتقليد في أساليب العلاج :

يقصد بالتداوي الذاتي: استعمال الأدوية سواء كانت موصوف أو غير موصوفة من قبل الطبيب دون استشارته. ففي

حالة الأدوية الموصوفة يتم التداوي الذاتي بها عندما يستعملها شخص لم توصف له. أما الأدوية غير الموصوفة فهي التي يمكن الحصول عليها من الصيدليات دون الحاجة إلى وصفها من قبل الطبيب.(٥٧) وفي ضوء ذلك تعرض الدراسة لبعض الآراء النظرية لجورج زميل وديزنبري فيما يتعلق بدور التقليد والمحاكاة في تشكيل الثقافة الاستهلاكية للدواء. وهي كالتالي:

أ- الموضة وأسلوب الحياة لجورج زيمل:

سار "جورج زيمل" "George Simmel" على نهج "فيبلن" في رؤيته للوظيفة التي يحققها الاستهلاك تدعيماً للمكانة الاجتماعية للفرد في المجتمع، فقد ذهب في كتابه "المتروبوليتانية والحياة العقلية ١٩٥٧م."، محللاً الموضة وكيفية تكريس السلوك الاستهلاكي، إذ يري أن الموضة تعمل من خلال تداخل فضولي للامتثال أو الاختلاف مع كل ما هو متشابه وغريب، ويدرك المستهلك أنه عندما يتمسك بالموضة فإن هذا يميزه عن الآخرين، فالموضة عنده استجابة تتفاعل مع كل جديد وغريب، وهي تستمر وتتغير عبر التاريخ، وهي في تغيرها تأخذ من الموضات القديمة. (٥٨)

فقد أهتم "زيمل" بتحليل أساليب الحياة الجديدة في المدينة، ورأى أن أسلوب الحياة من استهلاك الأشياء شيء رئيس يحفظ للفرد معناه ويحدد له هويته في ظل القوى الاجتماعية الكاسحة(*) للعاصمة، فالإنسان في المدينة الكبيرة يستهلك من أجل الشعور بنوع من الهوية التي يأمل أن يأخذها من حيث كونه مميزاً عن الآخرين، سواء كان هذا التميز بارتداء الملابس أو بزينة الجسد، ومن هنا تأتي

أهمية الاستهلاك في إنشاء حياة اجتماعية متحضرة .(٥٩)

وفي هذا السياق ناقش "زيمل" عام ١٩٥٧م. دور بيوت الأزياء كشكل اجتماعي في التخطيط الطبقي السلعي للأزياء مؤكداً الشعور بالفردية والعمومية والأمن الاجتماعي وعلاقة الناس، فقد أصبح خلق مجتمع تجاري مُطَّرد الزيادة أمراً حتمياً يظهر أثره بطريقة أكثر حدة، ومنها بيوت الأزياء ذات الأثر المظهري والمجتمعي الذي يستعيد ذاته من استقرار تخطي الأحاسيس كظاهرة للحياة الحديثة.(٦٠)

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن أسلوب حياة الأسر من استهلاك الأعشاب الطبية وبعض الأدوية ك:(ترامادول، كونترمال، تراماكس، تامول، تيدول، الألترادول، تراموندين، ترامال، الفيجرا،...) لدي بعض أفرادها شيء رئيس يحفظ للفرد معناه ويحدد له هويته في ظل توافر تلك الأدوية وعدم الرقابة عليها، فهناك بعض الأفراد يستهلكون من أجل الشعور بنوع من اللذة أو الهوية التي يأمل أن يأخذها من حيث كونه مميزاً عن الآخرين، سواء كان هذا التميز بتناول المنشطات أو بزينة الجسد، ومن هنا تأتي أهمية الاستهلاك في إنشاء حياة اجتماعية متحضرة من وجهة نظر من يعيشونها.

وهذا ما ذهب إليه "فيزر ستون" (٦١)، حيث أكد علي أن الاهتمام بإضفاء أسلوب علي الحياة، يوحي بأن ممارسات الاستهلاك، وتخطيط وشراء وعرض السلع والخبرات الاستهلاكية في الحياة اليومية أمور لا يمكن فهمها من خلال مفاهيم القيمة التبادلية والحساب العقلاني النفعي فحسب، بل في ضوء ما تحدثه الثقافة

الاستهلاكية، فأبطال الثقافة الاستهلاكية الجدد لا يعمدون إلي تبني أسلوب للحياة دون تأمل من خلال التقاليد والعادات، وإنما يجعلون من أسلوب الحياة مشروعاً للحياة، ويعرضون شخصيتهم وإحساسهم بالأسلوب من خلال عرضهم لصنوف وصنوف من السلع، والممارسات، والخبرات، والمظاهر التي ينسجون منها أساليب للحياة.

ب- أثر المحاكاة والتقليد لدوزنبري:

اتخذ "دوزنبري" "Duisenberry" من تحليل "فيبلن للاستهلاك المظهري" منهجاً له في تفسيره لدالة الاستهلاك الكلي عام ١٩٤٨م. فقد رأى أن الفئات ذات الدخول المرتفعة في المجتمع تتميز بنمط استهلاكي معين، يكون من الصعب على باقي أفراد المجتمع إتباعه نظراً لارتفاع أسعار السلع التي تخص هذا النمط، وذلك لكونها تنتمي إلى مجموعة السلع الاستهلاكية الراقية أو الترفية. ويضفي استهلاك هذا النوع مع السلع مركزاً اجتماعياً متميزاً، ولكن هناك فئات من المستهلكين الأقل دخلاً يخضعون لتأثير النمط الاستهلاكي السائد في الفئات العليا.

وهذا ما يشير إليه "دوزنبري" بأن المستهلكين في الفئات العليا قد زاولوا أثراً على المستهلكين الأقل دخلاً من خلال "أثر المحاكاة"، ويؤدي هذا إلى اتباع كثير من المستهلكين الأقل دخلاً للنمط الاستهلاكي الخاص بالفئات الأعلى دخلاً. ويترجم هذا الأثر في النهاية إلى صورة زيادة في الاستهلاك الكلي.[٦٢]

ويتضح مما سبق أن "دوزنبري" يرى أن استهلاك الفرد من السلع لا يتوقف علي ذوقه بقدر ما يتأثر بما يستهلكه الآخرون،

فالفرد لا يستهلك ما يريده فقط، وإنما يستهلك ما يجد جيرانه وأصدقاءه يستهلكونه.(٦٣)

لذا يفترض "دوزنبري" أنه من السهل زيادة المستهلك لمعدلات استهلاكه عند زيادة دخله، ولكن من الصعب العودة على مستويات الاستهلاك السابقة عند انخفاض دخله. وعليه فإن معدلات الاستهلاك في المدى القصير في تزايد مستمر بسبب التقليد والمحاكاة. (٦٤)

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن مصادر المعرفة عند "دوزنبري" تتمثل في مستوي الدخل والتقليد والعلاقات الاجتماعية، فالأسرة حينما تريد استخدام أسلوب علاجي أو الذهاب إلي طبيب معين أو استعمال دواء أو عشب معين فإن علاقاتها الاجتماعية ومستوي معيشتها سوف يؤثران في هذه العملية.

٢- وسائل الإعلام كمصدر للمعرفة الاستهلاكية للدواء:

تعد وسائل الإعلام في عصر العولمة هي المسئولة عن تغير ميول واتجاهات وسلوك المستهلكين، وخلق الطلب على سلع معينة ثم العمل على إشباعها، وخلق أنواع من الانتماء والولاء بين السلع والخدمات ومستهلكيها، من خلال تعريف المستهلكين بالمعلومات والبيانات المرتبطة بالسلع أو الخدمات ذات التأثير في اتخاذ قرارات الشراء، وزيادة معدلات دوران السلع أو الخدمات المعلن عنها، من خلال جذب الانتباه وآثار الاهتمام واستخدام الأساليب المختلفة لبعث الرغبة لدي المعلن إليهم "المستهلكين"، في محاولة

ترمي إلي إقناعهم بالسلع والخدمات المسوقة لضمان استجابتهم المرضية، وحثهم على اقتناء هذه السلع، والانتفاع من الخدمات وسط الكم الهائل من السلع والخدمات المعروضة في السوق. ولاشك أن قيام الإعلان بهذه الوظيفة يعني زيادة أرقام المبيعات، ومن ثم تعظيم الأرباح واستمرارية المشروع المُعلن وهيكله السلعي والخدمي في السوق .(٦٥) وفي ضوء ذلك يمكن التعرض لبعض الآراء النظرية لبعض العلماء فيما يتعلق بدور وسائل الإعلام في نشر الثقافة الاستهلاكية وتشكيل أذواق الأسر وتغير ميولهم واتجاهاتهم والسيطرة عليهم. وهي كالتالي:

أ- وسائل الإعلام وإنتاج الحاجات الزائفة لهربرت ماركيوز:

يعد "ماركيوز""Herbert Marcuse" أحد رواد الفكر النقدي المعاصر لمدرسة فرانكفورت، الذين اهتموا بالكشف عن الطريقة التي يهيمن بها النسق على بقية النظم الاجتماعية أو الأفراد أو الجماعات الاجتماعية، أي: الطريقة التي يجبر فيها النسق الناس ويستغلهم ويخدعهم من أجل ضمان تجدده واستمراره. (٦٦)

وقد تناولوا ثلاثة مجالات للهيمنة، يتعلق المجال الأول بالنظرة التي تبرر هيمنة البشر بعضهم على بعض وتبرر هيمنة النسق عليهم، وهي النظرة التي تتجلى في مفهوم العقل الأدائي الذي يعد أسلوب التفكير المهيمن في العالم الحديث، حيث إن العلاقات بين البشر تبدو كما لو أنها علاقات بين أشياء، وأن نظرة البشر لأنفسهم تبدو كنظرتهم لأشياء مادية، وأن العالم الاجتماعي أصبح يبدو كما لو أنه طبيعة ثابتة لا تتغير، ويتمثل المجال الثاني في

الأسلوب الذي تدمج فيه الثقافة الشعبية الناس بالنظام، أما المجال الثالث: فيتمثل في نوعية بنية الشخصية التي لا تقبل الهيمنة فقط بل تسعى لها بنفسها(٦٧).

فقد ركز "ماركيوز" على الطريقة التي حطت بها وسائل الإعلام من قدر الثقافة، من خلال إنتاج السلع الاستهلاكية المصممة لتحول الأفراد إلى مستهلكين سلبيين. خاصة تحليل مسألة الثقافة في مؤلفه "الإنسان ذو البعد الواحد ١٩٤٦" أي الإنسان المتشيئ الذي يجد نفسه في السلعة، ويجد روحه في السيارة ومستوى المنزل المرتفع، ومتطلبات المطبخ.(٦٨)

فالثقافة الاستهلاكية شيء تعرضه وسائل الإعلام على الجماهير وتجعلهم مستعدين ومرحبين بها دون أن يدركوا أنها مفروضة عليهم، وبذلك يتم دمجهم في المجتمع. (٦٩)

حيث ذهب "ماركيوز" إلى أن النظام الرأسمالي يسمح للهيئات والشركات متعددة الجنسية بالاحتكار والهيمنة بشكل كبير على الأسواق والأسعار ومن ثم المنتجات، والسيطرة فكرياً على المجتمعات – مثل العالم الثالث – من خلال الثقافة التي تنتج حاجات زائفة مثل الرغبات التي ترسخ بواسطة الاستهلاك، دون تلبية الحاجات الحقيقة، حيث إن هذه الثقافة تؤكد على خلق وإرضاء الحاجات الزائفة، وقمع الاحتياجات الحقيقية. (٧٠)

فقد أكد على أن المجتمع الاستهلاكي هو الشكل الذي تُعيد فيه رأسمالية الدولة الاحتكارية إنتاج نفسها في مرحلتها الأكثر تقدماً (٧١)، من خلال خلق احتكار ثقافي هدفه تدعيم الإنتاج والاستهلاك

الرأسمالي، ولكي يتحقق هذا الاحتكار أصبحت الثقافة صناعة مقننة في قوالب هدفها جعل المتلقي مستهلكاً لعناصر هذه الثقافة ورموزها، ويتطلع إلى الاستهلاك كغاية في حد ذاته، وبغض النظر عن الحاجة الفعلية للاستهلاك وبغض النظر – أيضا – عن تطوير الذوق أو القيم أو الوعي. لقد تحول المتلقي إلى حالة مزاجية فيها كما لو كان شيئاً شبيهاً بالسلع المادية، تشكله الثقافة الاستهلاكية، وتخلق فيه رغبات وتحركه[٧٢].

ولقد صاحب الاحتكار الإنتاجي احتكار ثقافي سعي إلى تفكيك العلاقة بين الإنتاج والاستهلاك والحاجات الإنسانية الضرورية، فأفقد الحياة الإنسانية الكثير من معانيها ومدلولاتها. فثمة ثقافة للاستهلاك تصنع ويخطط لتكريسها، لتكفل استمرار الإنتاج وتدفق السلع إلى السوق.[٧٣]

ومن هنا انتقد "ماركيوز" هيمنة وسائل الإعلام ورأى أنها تسيء تنمط وتسطح الأذواق، وتنتج أوهام المساواة بين الطبقات الاجتماعية، مؤكداً على أن الصناعات الثقافية تنتج فقط حاجات زائفة، وأن النسق المهيمن لا ينظر إلى وسائل الإعلام باعتبارها أداة تحقق غاية ومصلحة اجتماعية لفائدة كل أفراد المجتمع كوسائل للتثقيف ونشر الوعي بل هي مجرد أدوات لتحقيق أكبر قدر ممكن من الربح عن طريق بث مضامين الإثارة والانفعال.[٧٤]

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن وسائل الإعلام قد حطت من قدر ثقافة الاستهلاك الرشيد لصالح الثقافة الاستهلاكية، من خلال إنتاج الأدوية والأعشاب ومستحضرات التجميل والتخسيس المصممة

لتحول الأفراد إلى مستهلكين سلبيين، دون توعية الأسر وتثقيفها، وبالتالي فقد تخلت وسائل الإعلام عن الدور المنوط بها، وأصبحت أداة لتحقيق أكبر قدر ممكن من الربح عن طريق بث مضامين الإثارة والانفعال، وأداه لدمج الأسر في المجتمع، فهي تعرض أدوية وأعشاب ومستحضرات تجميل وتخسيس...الخ على الجماهير وتجعلهم مستعدين ومرحبين بها دون أن يدركوا أنها مفروضة عليهم، وبذلك يتم دمجهم في المجتمع.

وهذا لايعني التوحد في نمط العلاج، بل هناك طب شعبي يعتمد علي الأدوية الحديثة، وطب حديث يعتمد علي الوصفات الشعبية، وهذا ما أكدت عليه دراسة "أحمد زايد وآخرون" [٧٥] والتي لا تسلم بعمومية ثقافة الاستهلاك علي إطلاقها، ولا تسلم بخصوصيتها علي إطلاقها؛ فالتسليم بعمومية وعالمية ثقافة الاستهلاك لا يعني بالضرورة أنها تأخذ صيغاً متشابهة في كل مكان، فعندما تنتشر هذه الثقافة من مراكزها العالمية ويتم استهلاكها في الحياة اليومية فإنها تنصهر مع العادات والتقاليد والممارسات المحلية، بحيث تعاد صياغة هذه العادات والممارسات في ضوء الثقافة العالمية، كما تعاد صياغة هذه العادات والممارسات العالمية في ضوء العادات والممارسات المحلية، وتكون النتيجة كياناً ثقافياً متميزاً رغم خضوعه للأطر الثقافة العالمية، ويتسم هذا الكيان الثقافي بالتغير الدائم وعدم الثبات طالما أنه يخلق باستمرار دروباً من التناقضات الازدواجية في سياق المجتمع التقليدي، فهناك أطباء يعالجون بالوصفات الشعبية بجانب الطب الحديث، وهناك معالجين يصفون الأدوية الكيميائية بجانب الوصفات

الشعبية.

ب- الواقع الاقتصادي والثقافي للمجتمعات الرأسمالية الغربية وصناعة الشخصية النرجسية الضعيفة لتيودورڤ. أدورنو:

يعد "أدورنو" "Theodor w. Adorno" أيضاً أحد رواد الفكر النقدي الذي يتميز باستمرار نقده للمجتمع الرأسمالي بنفس الروح الماركسية، وإن لم يستخدم التحليل الماركسي، حيث يعطي الفكر النقدي أهمية خاصة – على عكس النظرية الماركسية – للثقافة وفاعليتها في بناء المجتمع.[٧٦]

فقد نقد في كتابه "الشخصية التسلطية ١٩٦٩م." الواقع الاقتصادي والثقافي للمجتمعات الرأسمالية الغربية، مستندة في ذلك إلى إعادة توجيه الماركسية من جديد.[٧٧] حيث ذهب إلي أن طبيعة البنية الشخصية الحالية التي شكلت من قبل النظام الرأسمالي – الذي تصل قدرته وهيمنته إلى أعماق النفس البشرية – لا تكتفي بالاستجابة وسيطرت النظم عليها بل تبحث عن أنماط الهيمنة عليها بصورة مستمرة من قبل النظام.[٧٨]

فقد رأى أن الشخصية القوية المستقبلية التي تتميز بالبعد الثقافي – الذي افتقده الإنسان في المجتمع الحديث – تستطيع أن تتخذ القرارات وتتبنى التوجهات النقدية نحو العالم، لتصل إلى امتلاك القدرة على الحكم المستقل على الأشياء، ولا يكون ذلك إلا بوجود قدوة قوية متمثلة في الأب وسلطة العائلة. ولكن النظام الرأسمالي المتقدم يولد على العكس من ذلك شخصيات نرجسية ضعيفة، يستبد بها القلق

والتطلع إلى القدوة القوية للاقتران بها في ظل غياب القدوة بالبيت، فإن الفرد ينشدها في العالم الخارجي، وقد تكون مطرباً مشهوراً أو رياضياً.[٧٩]

ويحدث ذلك عن طريق ما يسمى بالتقمص الوجداني، حيث يلجأ الأفراد إلى تقمص أدوار لشخصيات شاهدوها في التلفزيون أو السينما أو إحدى وسائل الإعلام الأخرى، وفي الغالب تكون هذه الشخصيات من عالمي الفن والرياضة، لذا يرى أن الثقافة الجماهيرية [*] تترك آثاراً سلبية على الفرد والمجتمع، يمكن إجمالها في النقاط الثلاثة الآتية:–

- **ترسيخ قيم الامتثالية:** حيث تعمل وسائل الإعلام عن طريق مضامينها على إنتاج نمط من الإنسان يؤدي دوره في المجتمع وفقاً للتوقعات السائدة دون أن يشارك بفاعلية في تغيير ما هو قائم في المجتمع.
- **القضاء على التنوع الثقافي في المجتمع:** حيث يصبح إنسان وسائل الإعلام يفكر التفكير نفسه، ويسلك سلوكا شبه موحد، مما يقضي تدريجياً على التنوع الثقافي الذي يميز مجتمعات تتنوع في اللغة والعادات والتقاليد، والتجربة والإحساس المشترك والتاريخ.
- **خلق مجتمع استهلاكي:** حيث تقوم هذه الوسائل بترويج سلع ذات طابع تجاري مرتبط بالإنتاج الرأسمالي المربح.[٨٠]

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن وسائل الاتصال

الجماهيري أصبحت أداة في يد الشركات متعددة الجنسية تهيمن بها على الأسر من خلال نشر الثقافة الاستهلاكية التي تشكل بها الأذواق وتصنع بها التمايز في المكانة، بداية من استهلاك الأدوية والأعشاب والمنتجات والخدمات مروراً باستهلاك الوقت والجسد والصورة، ومما ترتب على ذلك أن بعض الأسر في المجتمع أصبحت ترى الأدوية المنشطة والأعشاب على أساس المتعة واللذة التي تجلبها لهم، وليس على أساس استخداماتها العملية لهم في حياتهم.

٣- الثقافة الاستهلاكية الدوائية في ضوء رؤي ما بعد الحداثة:

ارتبط ما بعد الحداثة ببعض الأفكار القديمة حول مجال الاستهلاك وتأثيراته والتشبع الإعلامي كجوانب مركزية في التطورات الحديثة في المجتمعات الصناعية الرأسمالية، وبدا ذلك واضحاً في القرن العشرين حيث كانت الحاجات الغالبة على المجتمعات الرأسمالية هي ترسيخ ظروف الإنتاج: كالآلات والمصانع الحديثة وتصنيع السلع، والصناعات الثقيلة كالحديد والصلب ومصادر الطاقة، والإسراع بتشييد عناصر البنية التحتية للاقتصاد الرأسمالي: كالطرق والسكك الحديدة ووسائل الاتصال والمواصلات والتعليم ودولة الرفاهية على الإجماع. ولكن تبخرت هذه الأحوال، وخضعت قوة العمل لأخلاقيات العمل، وهو النظام المطلوب للعمل الصناعي. وكل ذلك يعني التضحية بالاستهلاك من أجل حاجات الإنتاج ودعمها، وبالتالي احتاج الناس إلى اكتساب أخلاقيات الفراغ، والرفاهية والاستهلاك، إلى جانب أخلاقيات العمل[٨١].

فالاستهلاك يعد هو التطور الوحيد فقط في تاريخ النظام الرأسمالي، وأن مشكلات الإنتاج الرأسمالي قد حلت بالضرورة، ففي مجتمع رأسمالي متقدم مثل: بريطانيا صارت حاجة الناس إلى الاستهلاك استراتيجية أهم من حاجتهم إلى أن ينتجوا، فزادت وكالات الإعلان والتسويق والتصميم والعلاقات العامة، مما شجع على مزيد من الاستهلاك، وبالتالي ظهور مصطلح ما بعد الحداثة وثقافة ما بعد الحداثة التي تتسم بالاستهلاك والاعتقاد بأن المتعة هي أهم شيء في الحياة؛ وفي ضوء ذلك أصبح الإعلام أكثر أهمية، وأن ظهور الأشكال الحديثة من الاتصالات شيء مركزي في تفسير الإطار العام لنظرية ما بعد الحداثة. [٨٢]

ومن ثم أصبحت النزعة الاستهلاكية، وأسلوب الحياة والتفاعل مع الأشياء والمستهلك هي محور التحليل السوسيولوجي ما بعد الحداثي للاستهلاك. ومن هذا المنطلق اتجه عديد من علماء الاجتماع نحو التركيز علي الاستهلاك كمحدد للهوية بدلاً من العمل، أي أن الأفراد والجماعات يشكلون هويتهم من الزخم المتدفق من الصور الإعلامية والمنتجات الاستهلاكية[٨٣]. كما أن أغلب الدراسات السوسيولوجية لتيار ما بعد الحداثة المرتبطة بالاستهلاك مثلت تراثاً سوسيولوجيا بحثياً ركز علي استهلاك الصور والمعاني والرموز ونسق العلاقات والتلاعب بالأشياء. وفيما يلي عرض مختصر لآراء مجموعة من علماء الاجتماع البارزين الذين كان لهم ريادية بارزة فيما يتعلق بهذه القضية، وذلك فيما يلي:

أ– ثقافة الاستهلاك فيما بعد الحداثة عند مايك فيذرستون:

قدم "مايك فيذرستون" Mike Featherstone تحليلاً سوسيولوجياً لثقافة الاستهلاك فيما بعد الحداثة ١٩٩٠م.، محدداً مكوناتها المادية والمعنوية، وما تعكسه للآخرين من مظاهر ورموز لها دلالات نفسية واجتماعية واقتصادية، وذلك من خلال التركيز علي تناولها في ضوء ثلاثة منظورات تعكس في مجملها التكامل في صياغة العلاقة ما بين الثقافة والاقتصاد والمجتمع، وتتمثل في :

- المنظور الأول: يرى أن ثقافة الاستهلاك نتجت عن انتشار سلع الإنتاج الرأسمالي التي أدت إلي تراكم الثقافة المادية في شكل السلع والخدمات.
- المنظور الثاني: يرى أن تحقيق الإشباع من السلع الاستهلاكية يرتبط بالمكانة الاجتماعية والتمايز الاجتماعي. وفيه يكون التركيز علي الطرق المختلفة التي يستخدم بها الناس المنتجات من أجل خلق روابط اجتماعية أو تمايزات اجتماعية.
- المنظور الثالث: ويرتبط بالمتع الانفعالية والسعادة العاطفية والجمالية الناجمة عن استهلاك الأحلام والصور والرغبات التي تصبح موضع احتفاء في صور الثقافة الاستهلاكية، وهذا يعني أن للثقافة الاستهلاكية جوانب مادية تتمثل في الاستهلاك المادي للسلع، كما أن لها جوانبها المعنوية التي تتصل بالمعاني والرموز والصور المصاحبة لعملية الاستهلاك المادية(٨٤).

وفي هذا السياق يرى "مايك فيذرستون" أن ثقافة الاستهلاك أعدت – في الأساس – بهدف إضفاء مسحة جمالية علي الحياة

اليومية، كما تؤكد علي الإمتاع ولا شيء غيره، فهي تتميز بعدة سمات أهمها:-

- التركيز علي الجسد وتحويله إلي رمز أساسي للترويج لأنواع معينة من السلع.
- الدعوة إلي ثقافة غير ملتزمة إلا بالذات الإنسانية الفردية وصولاً إلي النرجسية وحب الذات بشكل مرضي .
- تشجيع النزعة الشهوانية لدي الفرد تحت ستار أن الحياة قصيرة جداً.
- إنتاج ثقافة آنية معدة للاستهلاك اليومي ترفض كل تصنيف ثقافي لها، لأنها أنتجت أساساً بهدف إمتاع الجماهير والترويح عنها بعد عناء العمل اليومي المضني، ولذلك تمت صياغة مقولة الثقافة الجماهيرية علي الشكل التالي، الثقافة الحقيقية: هي الثقافة التي تدخل المتعة إلي نفوس الناس بعيداً عن كل تنظير أو خطاب أيديولوجي.
- أوجدت حاجة ماسة إلي وسطاء لها، أو مقاولين ثقافيين أو متعهدي حفلات فنية وثقافيين من ذوي الخبرة في مجال نشر الثقافة الاستهلاكية. وهذا ما أكد عليه "أحمد زايد" (٨٥) بأن هؤلاء الوسطاء (ومعظمهم من العاملين في المجال التجاري أو الإعلامي والإعلاني) هم المديرون الحقيقيون لنشر هذه الثقافة، وهم صُناعها في النطاق المحلي، وهم القادرون علي دمجها في التراث النظري وتحويله لخدمة أغراضها. ومن ثم فهم أقرب إلي عالم الحياة اليومية

وأكثر تأثيرا فيه، ولذلك فإنهم يحتلون لدي الناس مكانة خاصة متميزة، يدعم منها ويعيد إنتاجها نمط حياة متميز لهؤلاء الوسطاء.

- الإغراق في تفاصيل الحياة اليومية وتحويل الواقع المعاش إلي صور مرئية ومسموعة عبر وصف تفاصيل الحياة اليومية كالطعام والشراب والأحاديث والجنس والنشاط والرياضة وغيرها. وذلك تحت شعار إضفاء القيم الجمالية علي الحياة اليومية.[٨٦]

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن "مايك فيزرستون" هو أول من وضع تصور عام للثقافة الاستهلاكية من حيث النشأة وطرق الاستخدام والوظيفة التي تؤديها أو الغرض منها، وفي ضوء ذلك وضح سماتها وخصائصها.

وبعد رصد أفكار "فيزرستون" يتضح للباحث أن الثقافة الاستهلاك للدواء قد نتجت عن انتشار المنتجات الدوائية للإنتاج الرأسمالي التي أدت إلي تراكم الثقافة المادية في شكل أدوية وخدمات مرتبطة بها. وأن تحقيق العلاج أو الإشباع من الأدوية الاستهلاكية يرتبط بالمكانة الاجتماعية والتمايز الاجتماعي. وفيه يكون التركيز علي الطرق المختلفة التي يستخدم بها الناس الادوية والمنشطات ومستحضرات التجميل من أجل خلق روابط اجتماعية أو تمايزات اجتماعية. وفي النهاية يرتبط استهلاك تلك الأدوية والأعشاب والمنتجات الدوائية بالمتع الانفعالية والسعادة العاطفية والجمالية الناجمة عن استهلاك الأحلام والصور والرغبات التي تصبح موضع احتفاء في صور الثقافة الاستهلاكية، وهذا يعني أن للثقافة الاستهلاكية جوانب مادية تتمثل في الاستهلاك المادي للسلع، كما أن لها جوانبها المعنوية

التي تتصل بالمعاني والرموز والصور المصاحبة لعملية الاستهلاك المادية.

ب- الاستهلاك فيما بعد الحداثة عند آلان تورين:

ولقد ذهب "آلان تورين" "Alain Touraine" إلى أن الاستهلاك فيما بعد الحداثة١٩٩١م.، يعني: التحرر شيئاً فشيئاً من التقيد بالتقاليد والقيم الرمزية المرتبطة ببعض أنواع الملكية في كل ثقافة، لأنه ينبع من الاختيارات العقلانية بين الإشباع المحدد بمعيار مشترك، وسعر السلع، والخدمات، مشيراً في هذا الصدد إلى نوعين من تفسير الاستهلاك، كان سائداً لفترة من الزمن.

الأول: يتخذ الاستهلاك شكل السلم الذي يبدأ بمن يمتلكون الأشياء الضرورية والغذاء إلى أولئك الذين يتمتعون بقدر كبير من حرية الاختيار في الترويح والملبس والمسكن.

والثاني: يعتبر الاستهلاك لغة تعبر عن المستوى الاجتماعي إذ يظن كل شخص أن ما يستهلكه يحدد وضعه الاجتماعي ارتفاعاً أو هبوطاً، وهذا التصور شكل من أشكال الحداثة يرتبط بتعريف الحداثة متكيف مع مجتمع يقوم على الإنتاج.

وحدد "آلان تورين" ثلاثة اتجاهات رئيسه للاستهلاك التقليدي، تمثلت في إعادة إنتاج قوة العمل، الرمز للمستوى المعيشي، وأخيراً عالم الأفكار غير النفعي، أما الاتجاه في الاستهلاك الحديث يتمركز على المستهلك الذي يمثل غاية المؤسسة الإنتاجية وسواء كان الاستهلاك تقليدياً أو حديثاً، فإن المستهلك يكون منفصلاً عن الوضع الاجتماعي.(٨٧)

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن "آلان تورين" يؤكد علي أن المستهلك فيما بعد الحداثة هو الهدف النهائي للمؤسسة الإنتاجية تسعي بكل الطرق للسيطرة عليه سواء بطرق مشروعة أو غير مشروعة. فقد عملت الشركات متعددة الجنسيات إلي التوسع والسيطرة علي سوق الدواء المجتمع المصري، وهذا ما كشفت عنه دراسة بحثية صادرة عن قطاع البحوث والدراسات السوقية بالبنك الأهلى، حيث كشفت الدراسة عن سيطرت ١٠ شركات عالمية خاصة على نحو ٥٠% من مبيعات الأدوية فى مصر، كما أشارت الدراسة إلى أن سوق الدواء فى مصر بداية من عام ٢٠٠٧ شهد سيطرة من الشركات الأجنبية ومتعددة الجنسيات، حيث بلغت نسبة تلك الشركات من إجمالى حجم سوق الدواء نحو ١٥% للشركات الأجنبية العالمية، و٣١% للشركات متعددة الجنسيات، وشركات قطاع الأعمال ٥,٩%، بينما بلغت نسبة الشركات الاستثمارية من حجم السوق ٣٧%، وأكدت الدراسة أن الفترة التى تلت الأزمة المالية العالمية فى ٢٠٠٨ كانت بمثابة فرصة كبرى للشركات العالمية للخروج من الأزمات التى شهدتها الأسواق الأوروبية والأمريكية[٨٨].

ج- السلع في ظل الرأسمالية الحديثة عند روبرت.ج. هولتون :

تناول "Robert. J. Holton" السلع في ظل الرأسمالية الحديثة١٩٩٢م.، وذهب إلي أن السلع والمنتجات في ظل الرأسمالية الحديثة لا تحتاج إلي البقاء والتعايش؛ ولكن تعتمد على أهميتها في صنع أصناف أو أنواع ثقافية مستقرة وواضحة، وهذه الأنواع تعرف من نحن؟ وكيف نفكر في أنفسنا؟ وما العلاقة بيننا؟ وكيف نود أن نري

ونرتبط بالآخرين؟ وأينما كانت هذه البضائع موضوعات فإنها تشكل جزءاً من الثقافة المادية، وتعمل كمؤثرات وموضحات للمعني الثقافي، ولا تتكون الثقافة حصريا من هذه المؤشرات المادية فقط، بل تشتمل أيضا على مكونات لفظية مثل اللغة والمكونات الفكرية مثل الدين(٨٩).

ومع ذلك تلعب البضائع في الثقافة المادية دوراً رئيساً في التفاعل الاجتماعي وتعمل كموصلات للآخرين أو كأسوار لعزل الناس وحتى حين توجه للمتعة الخاصة أو المحدودة لجماعة محددة من الناس مثل: الوجبات المنزلية أو الفردية، فهي تؤدي وظائف ثقافية عامة في تجسيد الرسائل عن أولئك الذين يرغبون في استهلاكها، لذا فالاستهلاك عملية شعائرية وظيفتها الأولى هي: صنع حس من التدفق البدائي للأحداث، وتظهر تلك التعبيرات الحداثة من المعني الثقافي في التبادل والطقوس الاستهلاكية للطعام والهدايا في الكريسماس وعيد الشكر وفي الزواج والميلاد والوفاة(٩٠).

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن الأدوية والأعشاب الطبية في ظل الرأسمالية الحديثة أو ما بعد الحداثة من منظور "هولتون" لا تحتاج إلي البقاء والتعايش؛ ولكن تعتمد على أهميتها في صنع أصناف أو أنواع ثقافية مستقرة وواضحة، وبالتالي تلعب الأدوية والأعشاب الطبية دوراً رئيساً في التفاعل الاجتماعي وتعمل كموصلات للآخرين أو كأسوار لعزل الناس، حتي حينما توجه للمتعة فهي تؤدي وظائف ثقافية عامة في تجسيد الرسائل عن أولئك الذين يرغبون في استهلاكها.

د- ما بعد الحداثة وهوية المستهلك عند روبرت بوكوك:

حلل "Robert Bocock" أنماط الاستهلاك في ظل الرأسمالية الحديثة، ورأي أن أنماط الاستهلاك في ظل ما بعد الحداثة قد شكلت هوية المستهلك، فبعد أن كانت ادوار العمل في المرحلة الأولي لتطور الرأسمالية هي التي تزود العمال بإحساس رئيس من الهوية الاجتماعية: كعامل المنجم وعامل المزرعة والعامل أو الميكانيكي في المصنع – حيث يزود الإحساس بالهوية الاجتماعية الأسر بإحساس متماسك نسبياً عن ماهيتهم وكيفية تفكيرهم في أنفسهم واعتمادهم علي ذواتهم، وكيفية رغبتهم في أن يقدرهم الآخرون– وبنهاية القرن العشرين ارتبطت الأسر بأدوار خارج مكان العمل: في المنزل، وفي الرياضة، وفي التسلية، وأصبحوا يعلمون ليس فقط للعيش، ولكن ليكونوا قادرين على تحمل نفقات شراء بضائع أو منتجات المستهلك، بالإضافة إلي ارتباط هذه البضائع المعلن عنها بأهداف وجوائز العمل(٩١).

وبذلك قد دخل الاستهلاك في ظل الرأسمالية الحديثة مستوي رمزياً، حيث أصبحت تمثل المنتجات الاستهلاكية طريقة يبني بها الناس إحساسهم بأنفسهم أو إحساسهم بالهوية، من خلال استخدام رموز في أنماط الاستهلاك، ولكي تكون مستهلكاً لهذه المنتجات فلا بد من تعلم مجموعة خاصة من الرموز والقيم الحضارية(٩٢).

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن ما بعد الحداثة من منظور"بوكوك" قد حطت من قدر ثقافة الاستهلاك الرشيد لصالح الثقافة الاستهلاكية، فبعد أن كانت ادوار العمل في المرحلة الأولي لتطور الرأسمالية هي التي تزود العمال بإحساس رئيس من الهوية الاجتماعية. أصبحوا يعملون ليس فقط للعيش، ولكن ليكونوا قادرين

على تحمل نفقات شراء الأدوية والأعشاب ومستحضرات التجميل والتخسيس أو منتجات المستهلك، بالإضافة إلي ارتباط هذه البضائع المعلن عنها بأهداف وجوائز العمل، وبذلك قد دخل الاستهلاك في ظل الرأسمالية الحديثة مستوي رمزياً، حيث أصبحت تمثل المنتجات الاستهلاكية طريقة يبني بها الناس إحساسهم بأنفسهم أو إحساسهم بالهوية، من خلال استخدام رموز في أنماط الاستهلاك، ولكي تكون مستهلكاً لهذه الأدوية والأعشاب ومستحضرات التجميل والتخسيس؛ فلابد من تعلم مجموعة خاصة من الرموز والقيم الحضارية.

هـ - الاستهلاك من منظور التغير الاجتماعي وما بعد الحداثة لعند زجمنت باومان:

تناول "زجمنت باومان"(Zygmunt Baumn) الاستهلاك من منظور التغير الاجتماعي وما بعد الحداثة ١٩٩٤م.، ويرى أن الاستهلاك قد لعب دوراً كبيراً في حدوث التغير الاجتماعي في الدول المتقدمة، مشيراً إلى وجود مستهلك جديد لا يملك السلطة، بل تتحكم فيه قوى السوق، عن طريق ما يستخدمه من سلع ومنتجات، وهنا ميز بين فئتين اجتماعيتين، **الأولى**: من تمت غوايتهم، أي الذين يعيشون في عالم الثقافة الاستهلاكية، **والثانية**: المقهورون أو المحرومون، أي الذين يملكون موارد قليلة عن الفئة الأولى، لذا فهم مستبعدون من السوق، وكل من الفئتين يبحث عن هويته في حرية الاختيار والتعبير الذاتي المستقل، وحتى بالنسبة لهؤلاء المحرومين، فإن مجرد إسهامهم في شراء سلع لأعضاء الجماعة يعد مؤشراً للتعبير عن الذات (٩٣).

وبهذا ينظر للاستهلاك علي أنه طريقة تتضمن التعبير عن

الذات الاجتماعية، وعن الانتماء للآخرين، فالاستهلاك أصبح أسلوب حياة، وأن ما يباع ليس القيمة المباشرة للاستخدام من المنتج نفسه، ولكنها ذات مغزى رمزي كبناء رئيس خاص لنمط حياة جوهري.(٩٤)

وقد وضع "باومان" مفاهيم جديدة عن القبلية وأسلوب الحياة، محاولةً منه لقياس العلاقة بين الهوية والانتماء، واعتبر هذا في حد ذاته إسهاماً في نظرية الاستهلاك، بل عنصراً أساسياً من عناصرها، وأكد على أهمية دور العقلانية والإقناع في الثقافة الغربية، وأثر الراديكالية في فترة ما بعد الحداثة. إذ يرى أن صناعة الثقافة تنمو من خلال الاتصال الثقافي بين الجماعات الاجتماعية، وإن اختلف نسق المعاني عن طريق المفكرين وأصحاب الرأي والمسئولين عن التشريع، إذ يكون لهم دور فعال في تشكيل ثقافة الاستهلاك حيث يوجد في السوق مؤسسات تعمل على الإغواء أو الكبح، كما تتولد الاحتياجات المعيارية أو ما يسميه "بومان" أنشطة الاستهلاك والتي تعني أن حياة الأفراد تدور حول الاستهلاك.

وأخيراً يرى "باومان" أن أهم ما يميز الثقافة الاستهلاكية في المجتمع المعاصر هي أنها لا تقتصر على الأغنياء فقط ، بل تنتج أيضاً للفقراء، ولكن يتوقف الإغواء أو الكبح على حرية الاختيار وفقاً للاحتياجات، وكذلك شراء السلع والمنتجات التي تتسق مع المعايير، ولقد أكد هنا على دور الدولة في توفير الاحتياجات الاستهلاكية في الأسواق وبهذا يمكن إعادة الإنتاج الكيفي للفقراء.(٩٥)

وفي ضوء ما سبق، يمكن القول بأن "بومن" يؤكد علي أن الثقافة الاستهلاكية فيما بعد الحداثة أوجدت مستهلك جديد لا يملك

السلطة، بل تتحكم فيه قوى السوق، عن طريق ما يستخدمه من أدوية وأعشاب طبية، وبالتالي فقد أصبحت قوي السوق –بما فيها القروض الاستهلاكية والإعلانات والدعاية – آلية لإقناع الأسر بحاجاتهم إلي مستحضرات التجميل والأدوية والأعشاب الاستهلاكية كالفيجرا والتامول لتصريف الفائض، وبالتالي تستهلك الأسر الأدوية والأعشاب المعلن عنها ليس من أجل الشفاء أو المتعة فقط وإنما لكونها رمزاً لمستوي اجتماعي معين.

ثالثاً: توظيف الأطر النظرية في فهم ظاهرة الدراسة:

بعد العرض السابق للأطر النظرية السوسيولوجية المتعددة، تنطلق الدراسة من فكرة رئيسة مؤداها: أنه ليس من المعقول الاعتماد علي نظرية واحدة في تفسير نتائج البحث الاجتماعي في ظل تشكل نظريات ما بعد الحداثة في علم الاجتماع. فنظريات ما بعد الحداثة تأسست علي رفض فكرة النظرية الكاملة، ومن ثم فإن تفسير نتائج الدراسة لابد ألا تعتمد علي نظرية واحدة، بل سوف تعتمد الدراسة علي مقولات نظرية تنتمي إلي مختلف الاتجاهات النظرية في علم الاجتماع، يأتي ذلك انطلاقاً من أن الاستهلاك ظاهرة اجتماعية، اختلفت الرؤي والنظريات الاجتماعية في تفسيرها، ولا يمكن الحكم علي كل هذه النظريات بالصدق أو الكذب، ولكن يمكن القول بأن كافة النظريات الاجتماعية قدمت تصورات يمكن الاستفادة منها في تفسير ظاهرة الاستهلاك.

وبناءً عليه، فإن المقولات النظرية والاتجاهات النظرية في علم الاجتماع يمكن أن تقدم فهماً متكاملاً لتفسير ظاهرة استهلاك الدواء،

دون أن نقيد أنفسنا بمقولات نظرية بعينها، أو نصبح أسرى لتفسيرات نظريات دون أخرى، حيث إن الاعتماد علي مختلف الاتجاهات النظرية في فهم وتفسير ظاهرة الاستهلاك أو أي ظاهرة أخرى، هو اتجاه بدأت الدراسات الاجتماعية تنحو إليه في السنوات الأخيرة، ومن ثم فإن الباحث سوف يحاول أن يقدم تفسيراً سوسيولوجياً لنتائج دراسته الراهنة في ضوء مجموعة من الاسهامات النظرية المختلفة نطلق عليها "حزمة نظرية"، نحاول من خلالها تفسير دور نوعية الحياة في تشكيل ثقافة استهلاك الدواء، وبهذا يتكون نموذج نظري للدراسة من العناصر والأفكار التالية:

- يمكن الاستفادة من أطروحة "سمنر" "للأساليب الشعبية" في معرفة نشأة أساليب العلاج التي جاءت من خلال المحاولة والعشوائية، والتي يؤكد فيها علي أن العلاج يعد من أهم الحاجات الضرورية الحيوية التي تتطلب الإرضاء والإشباع، ولكي يتم العلاج؛ فلابد من قيام الأسر أفراداً وجماعات بأفعال أو طرق أو أساليب مختلفة في العلاج يغلب عليها المحاولة والعشوائية، تتمثل في أساليب العلاج التقليدي أو الشعبي والتداوى الذاتي. إضافة إلي أن الأسر عندما يتبين لهم صلاحية أسلوب ما أو قيمة طريقة ما من طرق العلاج في إرضاء حاجاتهم أو تحقيق الشفاء، فإنهم يرغبونها ويكررونها في كل مناسبة تتطلبها ويتمسكون بها مع مرور الزمن.
- كما يمكن الاستفادة من تصنيف فيبر لأنماط الفعل الأربعة العقلاني والقيمي والعاطفي والتقليدي في معرفة قرارات الأسر في

اختيار أساليب العلاج وطرق استخدام الأدوية طبقا لأنماط الفعل لدي فيبر أو بمزيج من بعضهم.

- ويمكن الاستفادة من اهتمام "ألن وارد" بالكشف عن القيم الاجتماعية المتضمنة في عملية الاستهلاك، والتي تحكم وتوجه الممارسات الاستهلاكية، واختيارات المستهلكين، والتي انتهي إلي تحديدها في قيم التبادل وقيم الاستخدام وقيم التحقق من الهوية، في أن الذي يحكم ويوجه أساليب العلاج والممارسة العلاجية وعلي أساسه تفاضل الأسر وتختار بين أسلوب علاج وأخر، يتمثل في قيم التبادل وقيم الاستخدام وقيم التحقق من الهوية. وان الجماعات المرجعية والقيم الاجتماعية، والعادات والتقاليد تتحكم في اختيارها لذلك.
- تتمثل مصادر المعرفة لدي منظور "شيلر" في مصدرين احدهما غير رسمي وذاتي يتمثل في مخزون الثقافة الاجتماعية الذي يستمد مصادر معرفته من الأسطورة والحدوتة والتعاليم الدينية "القرآن الكريم والسنة المطهرة" والغناء الشعبي والأعراف الاجتماعية والسلوكيات النمطية من قبل الثقافة التي تتضمنها، والثاني رسمي موضوعي يستمد مصادر معرفته من خلال مؤسسات اجتماعية متخصصة، مثل: المدارس، الجامعات، المؤسسات الصحفية، دور النشر، وأجهزة الاتصال الجماهيري الأخرى. وهذا يعد أهم منابع المعرفة الدوائية وأساليب العلاج.
- تتمثل مصادر المعرفة عند "دوزنبري" في مستوي الدخل والتقليد والعلاقات الاجتماعية، فالأسرة حينما تريد استخدام أسلوب علاجي

أو الذهاب إلي طبيب معين أو استعمال دواء أو عشب معين فإن علاقاتها الاجتماعية ومستوي معيشتها سوف يؤثران في هذه العملية.

- يمكن الاستفادة من تفسيرات "بورديو" للاستهلاك علي أن رأس المال الثقافي والوسط المعيشي يمثلان مصدر المعرفة الدوائية، حيث إن الأفراد من خلال تعليمهم واطلاعهم يتشكل لديهم رأس مال ثقافي يمدهم بمعرفة دوائية تمكنهم من معرفة أساليب العلاج والأدوية وطرق استخدامها وكيفية حفظها، هذا بالإضافة إلي الظروف الموضوعية المشتركة التي تعيش فيها كل جماعة، والتي تجعل لكل جماعة تشترك في ظروف واحدة ووسط معيشي متقارب، يجعل لها ممارسات خاصة تميز استجابتها لهذه الظروف، ومن هنا تنشأ لكل جماعة ثقافة دوائية خاصة تعكس هويتها وتعبر عن خصوصيتها، وبالتالي تعد تلك الظروف المشتركة مصدرا للمعرفة الدوائية.
- يؤكد "هوسرل" علي أن معرفة الشيء هو إدراك كيفية استخدامه"، وبالتالي فإن المعرفة الدوائية هي إدراك كيفية استخدام الدواء، وبالتالي فإن وعي الأسر بنوعية حياتهم تساعدهم علي الاستخدام الأمثل للدواء. وأن هذا الوعي يكون الأساس الرئيسي في حل مشكلة "الاستخدام العشوائي للأدوية". ومن خلال دراسة الأفراد في نطاق التفاعل الفعلي يمكننا فهم ومعرفة مدي وعيهم باستخدامات الأدوية.
- يمكن الاستفادة من مخزون المعرفة ل"شوتز" حيث إنه يؤكد علي

أن جميع الأسر يحملون في عقولهم قواعد وطرق اجتماعية ومفاهيم عن استخدام يؤكد الدواء، وان لديهم معلومات أخري تسمح لهم بالتصرف في محيط عالمهم الاجتماعي. وأن كل من تلك القواعد والطرق الاجتماعية، والمفاهيم والمعلومات بمثابة مخزون معرفي لدي الفرد، وتلك المعرفة المشتركة هي التي تمنح الأسر الإطار المرجعي أو التوجه الذي يمكنهم من الاستخدام الأمثل للدواء.

- كما يمكن الاستفادة من أطروحة "دوجلاس وأشروود" لطرق استخدام السلع، حيث يؤكدان علي أن وظيفة الاستهلاك تكمن في خلق العلاقات الاجتماعية والمحافظة عليها، وخلق معاني اجتماعية وثقافية لمستخدميها، وأن الاستهلاك يتطلب من الأسر رأس مال ثقافي لمعرفة المعلومات والبيانات عن السلع والمنتجات، وكيفية استخدمها في كل المواقف التي تمر بنا في حياتنا الاجتماعية. كما أن امتلاك بعض الأسر للمعرفة الدوائية يعد عامل تميز وتفوق لهم علي أقرانهم، فالمعرفة الدوائية تساعد الأسر علي كيفية استخدام وتناول الأدوية بالشكل والقدر المناسب وبسهولة ويسر في كل المواقف التي تمر بنا في حياتنا الاجتماعية.
- يمكن الاستفادة من نقد "ماركيوز" لوسائل الإعلام التي قد حطت من قدر ثقافة الاستهلاك الرشيد لصالح الثقافة الاستهلاكية، من خلال إنتاج الأدوية والأعشاب ومستحضرات التجميل والتخسيس المصممة لتحول الأفراد إلى مستهلكين سلبيين، دون توعية الأسر

وتثقيفها، وبالتالي فقد تخلت وسائل الإعلام عن الدور المنوط بها، وأصبحت أداة لتحقيق أكبر قدر ممكن من الربح عن طريق بث مضامين الإثارة والانفعال، وأداه لدمج الأسر في المجتمع، فهي تعرض أدوية وأعشاب ومستحضرات تجميل وتخسيس...الخ على الجماهير وتجعلهم مستعدين ومرحبين بها دون أن يدركوا أنها مفروضة عليهم، وبذلك يتم دمجهم في المجتمع

- يؤكد " ادورنو" علي أن وسائل الاتصال الجماهيري أصبحت أداة في يد الشركات متعددة الجنسية تهيمن بها على الأسر من خلال نشر الثقافة الاستهلاكية التي تشكل بها الأذواق وتصنع بها التمايز في المكانة، بداية من استهلاك الأدوية والأعشاب والمنتجات والخدمات مروراً باستهلاك الوقت والجسد والصورة، ومما ترتب على ذلك أن الأسر في المجتمع أصبحت ترى الأدوية المنشطة والأعشاب على أساس المتعة واللذة التي تجلبها لهم، وليس على أساس استخداماتها العملية لهم في حياتهم.
- يري الباحث أن "بودريار" قد أدرك أن التوسع في إنتاج الصور في المجتمع المعاصر قد أدي إلي جعله مجتمعاً كيفيا انطمس فيه التميز بين الواقع والخيال، واكتسبت الحياة اليومية فيه قيماً جمالية، وهكذا نشأ عالم المحاكاة أو ثقافة ما بعد التحديث، وبدا ذلك جلياً علي أرض الواقع في الأدوية والأعشاب والمنشطات الجنسية ومنتجات التجميل علي شاشات الفضائيات والانترنت والمجلات.
- ويمكن الاستفادة من منظورات فيزرستون الثلاثة للثقافة الاستهلاكية لمعرفة منبع الثقافة الاستهلاكية ، والطرق المختلفة

التي يستخدم بها الناس المنتجات من أجل خلق روابط اجتماعية أو تمايزات اجتماعية. ومدى الفائدة التي تحققها الثقافة الاستهلاكية لمستهلكيها.

- يؤكد "آلان تورين" علي أن المستهلك فيما بعد الحداثة هو الهدف النهائي للمؤسسة الإنتاجية تسعي بكل الطرق للسيطرة عليه سواء بطرق مشروعة أو غير مشروعة.
- ويمكن الاستفادة من منظور"هولتون" للسلع في ظل الرأسمالية الحديثة أو ما بعد الحداثة، في أن الأدوية والأعشاب الطبية فيما بعد الحداثة لا تحتاج إلي البقاء والتعايش؛ ولكن تعتمد على أهميتها في صنع أصناف أو أنواع ثقافية مستقرة وواضحة، وبالتالي تلعب الأدوية والأعشاب الطبية دوراً رئيساً في التفاعل الاجتماعي وتعمل كموصلات للآخرين أو كأسوار لعزل الناس، حتي حينما توجه للمتعة فهي تؤدي وظائف ثقافية عامة في تجسيد الرسائل عن أولئك الذين يرغبون في استهلاكها.
- يؤكد"بوكوك" على أن ما بعد الحداثة من قد حطت من قدر ثقافة الاستهلاك الرشيد لصالح الثقافة الاستهلاكية. فبعد أن كانت ادوار العمل في المرحلة الأولي لتطور الرأسمالية هي التي تزود العمال بإحساس رئيس من الهوية الاجتماعية. أصبحوا يعلمون ليس فقط للعيش، ولكن ليكونوا قادرين على تحمل نفقات شراء الأدوية والأعشاب ومستحضرات التجميل والتخسيس أو منتجات المستهلك، بالإضافة إلي ارتباط هذه البضائع المعلن عنها بأهداف وجوائز العمل، وبذلك قد دخل الاستهلاك في ظل الرأسمالية الحديثة

مستوي رمزياً، حيث أصبحت تمثل المنتجات الاستهلاكية طريقة يبني بها الناس إحساسهم بأنفسهم أو إحساسهم بالهوية، من خلال استخدام رموز في أنماط الاستهلاك، ولكي تكون مستهلكاً لهذه الأدوية والأعشاب ومستحضرات التجميل والتخسيس؛ فلابد من تعلم مجموعة خاصة من الرموز والقيم الحضارية.

- يؤكد "جالبرايث" علي أن القروض الاستهلاكية والإعلانات والدعاية والمستوي الاجتماعي لا تعد مصادر للمعرفة الدوائية؛ بل تعد آلية لإقناع الأسر بحاجاتهم إلي الأدوية والأعشاب الاستهلاكية كالفيجرا والتامول لتصريف الفائض، وبالتالي تستهلك الأسر الأدوية والأعشاب المعلن عنها ليس من اجل الشفاء أو المتعة فقط وإنما لكونها رمزاً لمستوي اجتماعي معين.

– يؤكد "باومان" علي أن الثقافة الاستهلاكية فيما بعد الحداثة أوجدت مستهلكاً جديداً لا يملك السلطة، بل تتحكم فيه قوى السوق، عن طريق ما يستخدمه من أدوية وأعشاب طبية، وبالتالي فقد كبحت حرية الاختيار ليس لدي الأغنياء فقط؛ بل والفقراء.

هوامش الفصل الثالث

(١) زهير بن جنات: من سوسيولوجيا الفعل إلي براديجم الفاعل الاجتماعي. مجلة عالم الفكر، الكويت، المجلد(٤١)، العدد(٣)، يناير– مارس٢٠١٣، ص٢٧٣.

(٢) جميل حفظ الله عبد الله بِنَيَّان: البُنْيَة والفعل في تنظير ما بعد الحداثة في علم الاجتماع. رسالة دكتوراه، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ٢٠١٠، ملخص الرسالة.

(٣) جميل حفظ الله عبد الله بِنَيَّان: المرجع السابق، ملخص الرسالة.

(*) استخدم المؤلف مصطلح " ثقافة الاستهلاك بما تحمله الكلمة من رشد في الاستخدام" ولم يستخدم مصطلح "ثقافة ترشيد الاستهلاك" حيث أن الرشد ينبع من العقلانية وحَسَنُ التَّقْدير، أي: التصرَّف بعقلانيَّة وحكمة في استعمال واستهلاك الدواء أما ترشيد الاستهلاك: فهو يعني توعية الجمهور بعدم الإسراف أو بالاقتصاد في الإنفاق أو الاستهلاك.

(٤) عبد الفتاح محمد المشهداني: الطب الشعبي والطب العلمي – دراسة وصفية تحليلية. مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٣٤)، ٢٠١١، ص ١.

(٥) عبد الفتاح محمد المشهداني: المرجع السابق. ص٤.

(٦) السيد علي شتا: نظرية علم الاجتماع. الإسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤، ص٣١٨.

(٧) سامية حسن الساعاتي:الثقافة والشخصية "حوار لا ينتهي. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٩، ص ٧١.

(٨) سامية حسن الساعاتي: المرجع السابق. ص٧٢.

(٩) محمد عباس إبراهيم: الثقافة الشعبية الثابت والمتغير. الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ٢٠١٣، ص١٥٣.

(١٠) محمد عباس إبراهيم: مرجع سابق. ص١٥٣.

(١١) سمير احمد نعيم: النظرية في علم الاجتماع – دراسة نقدية. ط٣، الإسكندرية، دار المعارف، ١٩٨٢. ص١١٣.

(١٢) عبد الله محمد عبد الرحمن: النظرية في علم الاجتماع – النظرية الكلاسيكية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٣. ص٢٧٢.

(١٣) مصطفى خلف عبد الجواد: قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع. مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ٢٠٠٢. ص١٥١.

(١٤) نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ٢٠٠٦، ص١٧٦.

(١٥) السيد محمد الرامخ:علم الاجتماع الاقتصادي- دراسات نظرية وتطبيقية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٨، ص ص ٩١-٩٢.

(١٦) السيد محمد الرامخ: المرجع السابق. ص ص١٣٠-١٣١.

(17) Robert L. Schalock & others: Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons With Intellectual Disabilities: op.cit. pp.463-464.

(١٨) علي ليلة: النظرية الاجتماعية وقضايا المجتمع- صراع الحضارات علي ساحة المرأة والشباب. الكتاب الثاني، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ٢٠١٥، ص١٦٤.

(١٩) أيمن علي عمر: قراءات في سلوك المستهلك. الرياض، دار النشر الدولي، ٢٠٠٦، ص ١٠٣.

(٢٠) محمد جودة ناصر وآخرون: الأصول التسويقية في إدارة المحلات والمؤسسات التجارية. عمان، دار مجدلاوي للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٧، ص١٠٣.

(٢١) علي كنعان:الاستهلاك والتنمية. سوريا، جمعية العلوم الاقتصادية السورية، ٢٠٠٧، ص ص٥-٦.

(٢٢) عبير محمد على عبد الخالق: العولمة وأثرها على الطلب الاستهلاكي في الدول النامية مع الإشارة إلى وجهة النظر الإسلامية. الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، ٢٠٠٧. ص٨٣.

(٢٣) محمد أحمد الأفندي: النظرية الاقتصادية الكلية – السياسة والممارسة. صنعاء، دار الأمين للنشر والتوزيع،٢٠١٢، ص١٩٧.

(٢٤) بن عطية محمد: دراسة إستهلاك العائلات الجزائرية ما بين سنة ١٩٦٩م. و٢٠٠٥م. رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير والعلوم التجارية جامعة أبو بكر بلقايد، الجزائر، ٢٠٠٦، ص ٢٣.

(٢٥) محمد أحمد الأفندي: مرجع سابق. ص٢٢٩.

(٢٦) السيد محمد الرامخ: مرجع سابق. ص ص ٨٦-٨٧.

(٢٧) ناهد رمزي وآخرون: العدالة الاجتماعية في التعليم ما قبل الجامعي. المجلد الثاني: بعض مخرجات العملية التعليمية (القدرات الإبداعية –المهارات الحياتية)،القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠٠٥، ص ص ١٢٤-١٢٥.

(٢٨) شبل بدران: التعليم والحرية – قراءات في المشهد التربوي المعاصر. تقديم: حامد عمار، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية، ٢٠١١، ص ص ١٣٩-١٤٣.

(٢٩) فايز مراد مينا: التعليم في مصر– الواقع والمستقبل حتي عام ٢٠٢٠. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ٢٠٠١، ص٤٥.

(٣٠) ستيفين مليز:النزعة الاستهلاكية أسلوب حياة. عرض: علي الدجوي، القاهرة، المكتبة الأكاديمية،٢٠٠٢، ص٢٦.

(٣١) خالد كاظم: دور أشكال رأس المال في تشكيل النخب الاجتماعية، دراسة ميدانية علي عينة من جماعات النخب في محافظة سوهاج. رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة سوهاج، ٢٠٠٩، ص٣٧.

(٣٢) مايك فيذرستون: الثقافة الاستهلاكية والاتجاهات الحديثة. ترجمة: محمد عبد الله ، بيروت، دار الفارابي، ١٩٩١.، ص ٣٣.

(*) يقصد "بورديو" برأس المال الرمزي: العلاقات الخاصة بالأوضاع الاجتماعية ونظم التصنيف التي تكشف عن أصل الفرد وسيرته من خلال قوامه وحجمه ووزنه ومشيته وسلوكه وتميزه صوته وطريقة في الحديث، وما يحس به من راحة أو عدم ارتياح بدني ....حول رأس المال الرمزي، أنظر:- مايك فيزستون: المرجع السابق، ص ٤٧.

(٣٣) ستيفين مليز: مرجع سابق. ص٢٦.

(34)Mackay. H.: "Consumption and Every Day Life", London, Sage Publications, 1997., P.4.

(٣٥) خالد كاظم: رأس المال الاجتماعي- آفاق جديدة في النظرية الاجتماعية. القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠١٤، ص١٠٦.

(٣٦) أحمد زايد وآخرون: الاقتصاد والمجتمع- وجهة نظر علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعة، ١٩٨٩، ص ص١٧٧ -١٨٢.

(٣٧) نهلة إبراهيم: علم اجتماع المعرفة بين العلم والايدولوجيا. الإسكندرية، الرواد للكمبيوتر والتوزيع، ٢٠٠٧، ص٢٤.

(٣٨) السيد عبد العاطي السيد: علم اجتماع المعرفة. الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٣، ص ١٧٦.

(٣٩) طه نجم: علم اجتماع المعرفة- دراسة في مقولة الوعي والأيديولوجية. الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية،٢٠٠٨، ص٥٣.

(٤٠) نهلة إبراهيم: مرجع سابق. ص١٣١.

(٤١) نهلة ابراهيم: المرجع السابق: ص١٣٢.

(٤٢) فواز أيوب، ورافع عقيل: الدعم الاجتماعي المدرك لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان الإرهابية. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، الأردن، المجلد(٢)، العدد(٣)، ٢٠٠٩، ص٣٤٢.

(٤٣) حماني فضيلة: مؤسسات التعليم العالي وتشكيل مجتمع المعرفة- جامعة ورقلة نموذجا. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، الجزائر،٢٠١٤، ص١٢١.

(٤٤) السيد علي شتا: علم الاجتماع عند ابن حزم. الاسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤، ص٨٧.

(٤٥) السيد علي شتا: المرجع السابق. ص٨٩.

(٤٦) السيد علي شتا: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الأول: المدخل إلي علم الاجتماع الظاهري. الإسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤، ص ص ٤١٧-٤٧٦.

(٤٧) السيد عبد العاطي السيد: النظرية في علم الاجتماع. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٥، ص٣٣٨.

(٤٨) السيد علي شتا: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الثاني: المنظور الظاهري لعلم الاجتماع. الإسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤، ص ص٣٧٤-٣٨٠.

(٤٩) السيد علي شتا: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الأول: المدخل إلي علم الاجتماع الظاهري. مرجع سابق، ص٤٢٩.

(٥٠) السيد علي شتا: المرجع السابق: ص ص٤٣٠-٤٣١.

(٥١) عبد الله معمر: الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن "دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج". القاهرة، مكتبة مدبولي، ١٩٩٩، ص١٧٨.

(٥٢) ستيفين مليز: مرجع سابق. ص٢٥.

(٥٣) السيد محمد االرامخ: مرجع سابق. ص ١٥٨.

(*) تنطلق الدراسة من وجهة النظر التي تري أن الثقافة الاستهلاكية ثقافة غير متأصِّلة قوامها استعراض المعلومات، وأنها من صنع المجتمعات الغربية الرأسمالية، تم تصنيعها والترويج لها بذكاء تقنى، على قاعدة ثابتة تشير إلى أن الناس في كل مكان قادرون على الاستهلاك، وهى ثقافة خطط لها بوعي وتم دعمها بأساليب متنوعة وبفكر عملي وبعقلانية ربحية ظهرت بوضوح فى توسيع دائرة الإنتاج وتعميم ثقافة التعطش لاقتناء كل ما هو معروض من سلع، وهى ثقافة تحمل رموزا وأفكارا وقيما كفيلة بتبرير وتدعيم النزعة إلى الاستهلاك والرغبة فى البحث - بشغف - عن كل ما هو متداول في الأسواق، فهي تستخدم أساليب متعددة لتحريك الرغبات والطموحات والأحلام وهذا هو السبب الرئيس في تسميتها الثقافة الاستهلاكية.

(*) يتضح ذلك في أساليب العلاج التي تعتبر مزيج بين الخبرات الماضية والمعاصرة، فهي تعد مزيج من القديم والحديث.

(٥٤) جوردن مارشال: موسوعة علم الاجتماع، المجلد الثالث، ترجمة: محمد الجوهري وآخرون، القاهرة، المجلس الأعلى للثقافة، ٢٠٠١، ص ١٢٤٨.

(55) Aytekin Firat & others :Consumption, consumer culture and consumer society. Journal of Community Positive Practices,

Institute of Social Sciences, Muğla Sıtkı Koçman University, Turkey, XIII (1) , 2013,pp. 182-203.

(٥٦) أحمد مجدي حجازي: ثقافة الاستهلاك والتنمية الاجتماعية. في: أحمد مجدي وآخرون: المجتمع الاستهلاكي ومستقبل التنمية في مصر، القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، ص١١٧.

(٥٧)عبد الرحمن عقيل: مساوئ التداوي الذاتي. في عبدالله الرشيد (محررا): الدواء والصناعات الدوائية، الجزء الأول، مجلة العلوم والتقنية، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، السنة الخامسة، العدد(١٧)، يوليه ١٩٩١، ص٢٤.

(٥٨) آمال عبد الحميد: الاستهلاك والثقافة التقليدية، دراسة ميدانية في مجتمع حضري. في محمد الجوهري وحسن حنفي (محررين): التراث والتغير الاجتماعي، الكتاب الأول، الإطار النظري وقراءات تأسيسية: القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، ٢٠٠٢، ص ٣٤٨.

(*) القوى الاجتماعية الكاسحة: حيث تعرضه برلين في القرن التاسع عشر للتيار من الهجرة الوافدة إليها.

(59) Bocock .R: "Consumption". London, Rutledge, 1993, P.15.

(٦٠) ستيفين مليز: النزعة الاستهلاكية أسلوب حياة. مرجع سابق ، ص٢٥.

(٦١) مايك فيذرستون: الثقافة الاستهلاكية والاتجاهات الحديثة. مرجع سابق، ص ١٠٩.

(٦٢) عبير محمد علي: العولمة وأثرها على الطلب الاستهلاكي في الدول النامية مع الإشارة إلى وجهة النظر الإسلامية. مرجع سابق، ص ص ١٣٦ – ١٣٧.

(٦٣) حازم الببلاوي: علي أبواب عصر جديد. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٧، ص ٨٧.

(٦٤) علي كنعان: مرجع سابق، ص٥.

(٦٥) محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلاق: أساسيات التسويق الشامل والمتكامل. عمان، دار المنهاج للنشر والتوزيع، ٢٠٠٢، ص ص ١٨١- ١٨٣.

(٦٦) إيان كريب: النظرية الاجتماعية – من بارسونز إلى هابرماس. ترجمة: محمد حسين، عالم المعرفة، العدد (٢٤٤)، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، ١٩٩٩، ص ٣١٤.

(٦٧) جمال العيفة: الثقافة الجماهيرية– عندما تخضع وسائل الإعلام والاتصال لقوى السوق. عنابة، مديرية النشر، ٢٠٠٣، ص٩٢.

(68) Featherstone .M : "Consumer Culture : an introduction". Theory, Culture and Society, vol. 1, No.3, 1983, P. 5.

(69) Strinati. D :"An Introduction to Theories of Popular Culture" . London, Rutledge, 1995, p. 62.

(70) Strinati. D. :An introduction to Theories of Popular Culture. Op .Cit. ,P.,58- 62.

(٧١) فيل سليتر: مدرسة فرانكفورت نشأتها ومغزاها – وجهة نظر ماركسية. ترجمة: خليل كلفت، الطبعة الثانية، القاهرة، المجلس الأعلى للثقافة، ٢٠٠٤، ص٤٤.

(٧٢) أنعام عبد الجواد: قيم الإنتاج والاستهلاك في النظرية السوسيولوجية المعاصرة. المجلة الاجتماعية القومية، مج (٣٤)، ع ٢ – ٣، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ١٩٩٧، ص ٥٤.

(٧٣)أنعام عبد الجواد: المرجع السابق. ص ٥٥.

(٧٤) جمال العيفة: مرجع سابق. ص ص ٨٨– ٩٣.

(٧٥) أحمد زايد وآخرون: الاستهلاك في المجتمع القطري – أنماطه وثقافته. الدرجة، مركز الوثائق والدراسات الإنسانية،١٩٩١، ص ٨٨.

(٧٦) علي ليلة: موقع مدرسة فرانكفورت على خريطة النقد الاجتماعي – مكانتها وإسهامها. سلسلة كتاب قضايا فكرية، الكتاب التاسع والعاشر، القاهرة، دار الثقافة الجديدة، نوفمبر، ١٩٩٠، ص ١٦٥.

(٧٧) ذكي عبد المجيد ذكي إبراهيم: النظرية النقدية لمدرسة فرانكفورت – دراسة تحليلية لتقدير كفاءة النظرية في فهم واقع العالم الثالث – محاولة للتطبيق على

المجتمع المصري، رسالة دكتوراه ، قسم الاجتماع، كلية الآداب ، جامعة عين شمس، ١٩٩٥، ص ٢٥.

(٧٨) عبد الله محمد عبد الرحمن: النظرية في علم الاجتماع – النظرية الكلاسيكية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٣، ص ٤٤١.

(٧٩) إيان كريب: مرجع سابق. ص ص ٣٢٨ – ٣٣٢.

(*) الثقافة الجماهيرية هي المواقف الجديدة التي تنشرها وسائل الأعلام والاتصال لدي الجماهير الواسعة، وبصفة اصطناعية وتمتاز بأنها ثقافة مصنعة تخضع لمقاييس السوق وفق مبدأ العرض والطلب، وظهرت بظهور وسائل الاتصال الحديثة.

(٨٠) جمال العيفة: مرجع سابق. ص ص ٩٧ – ٩٨.

(81) Strinati. D.: "An introduction to Theories of Popular Culture". Op., cit., pp., 235.

(82) Ibid, p. 236.

(٨٣) مصطفى خلف عبد الجواد: قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع . مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ٢٠٠٢، ص ص ١٢٦ – ١٨٠ .

(٨٤) مايك فيذرستون: ثقافة الاستهلاك وما بعد الحداثة. فريال حسن، القاهر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠١٠، ص ص١٠–١٢.

(٨٥) أحمد زايد وآخرون: الاستهلاك في المجتمع القطري – أنماطه وثقافته. مرجع سابق، ص ٢٢٥.

(٨٦) مايك فيذرستون: الثقافة الاستهلاكية والاتجاهات الحديثة . مرجع سابق ، ص ص ٧– ٨ .

(٨٧) الآن تورين: نقد الحداثة. ترجمة: أنور مغيث، القاهرة، المجلس الأعلى للثقافة، ١٩٩٧، ص ص ١٨٦: ١٩٧.

(٨٨) صالح إبراهيم وأيمن صالح: ١٠ شركات عالمية خاصة تستحوذ على مبيعات الأدوية فى مصر. مجلة الوطن، العدد(١٣٤٩)، يناير ٢٠١٦.

(89) Holton .R . J,: "Economy and society". London, Routledge. 1992, P. 204.

(90)Holton .R . J,: Op., cit. p. 205.

(91) Bocock .R: "consumption", London, Routledge, 1993, P.49.

(92) Ibid, p.50.

(٩٣) آمال عبد الحميد محمد: العولمة والثقافة الاستهلاكية– الأشكال والآليات. في أحمد مجدي حجازي "محرراً": المجتمع الاستهلاكي ومستقبل التنمية في مصر. مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة ، ٢٠٠١ ، ص ١٣٣.

(94) Keat . R . And ethers :"Lancaster university centre for the study of cultural values" in: the Authority of the consumer". London, Routledge, 1994, P. 6.

(٩٥) آمال عبد الحميد محمد: العولمة والثقافة الاستهلاكية– الأشكال **والآليات**. مرجع سابق، ص ص ١٣٣ – ١٣٤.

الفصل الرابع

المحددات الاجتماعية المرتبطة بتشكيل ثقافة استهلاك الدواء في المجتمع المحلي – سوهاج نموذجاً.

تمهيد.

أولاً: الحالة الصحية والاستجابة للرعاية الطبية.

ثانياً: الثقافة وتحديد أسلوب العلاج.

ثالثاً: الدخل واستهلاك الدواء في الحياة اليومية.

رابعاً: التعليم وتشكيل المعرفة الدوائية.

خامساً:المساندة الاجتماعية وتشكيل الثقافة الدوائية.

سادساً: الثقافة الدوائية والأستخدام الأمثل.

تمهيد :

خُلق الإنسان لكي يحيا ويعيش في سعادة، ولا بد لهذه الحياة من مقومات، فحياة الإنسان لا تقتصر علي تلبية الحاجات الأساسية والضرورية لبقائه، وإنما تتعداها لتشمل كل ما يحسن نوعية الحياة للإنسان وامتيازه عن باقي المخلوقات، كالمقومات العقلية والنفسية والوجدانية والاجتماعية والصحية، مع ما تتضمنه من قدرة علي التفكير وعلاقات اجتماعية ومعتقدات دينية وقيم ثقافية وحضارية وأوضاع مالية واقتصادية، تمكن كل شخص من أن يحدد ما الشيء الذي يحقق له السعادة والرضا في الحياة؟ لذلك لابد أن يكون في حياة الإنسان شيء من النوعية والجودة لتحقيق ذلك.(١)

ومن هنا يمكن القول؛ بأن توافر تلك المقومات لأي أسرة يعكس الثقافة الدوائية لأفرادها، وأن تلك المقومات تتجلي في عدة مستويات منها الاقتصادي والاجتماعي والصحي والثقافي، وأن كل مستوي من تلك المستويات يرتبط بشكل أو بأخر بالطرق التي تستخدم بها تلك الأسر الدواء.

ومن هذا المنطلق، تسعي الأسر إلي الوصول إلي أعلي مستوي من الصحة، وذلك باختيار أو باستخدام الدواء المناسب والفعال في ظل ظروفها المعيشية وحالتها الصحية ومستواها التعليمي والثقافي ومستوي المساندة المعلوماتية المقدمة لها، وفيما يلي عرض مختصر لأهم المحددات الاجتماعية المرتبطة بتشكيل تلك الثقافة للوقوف علي كيفية استخدام الأسر للأدوية التي تستعملها، علي النحو الأتي:

أولاً- الحالة الصحية والاستجابة للرعاية الطبية:

لم يتفق العلماء حول تعريف موحد للصحة، فقد يعتبرها البعض أنها خلو الإنسان من الأمراض وتمتعه بصحة جيدة، بينما يرى آخرون أنها توافق الإنسان مع البيئة المحيطة، أو أنها حالة من التكامل بين الوظائف الجسمية والنفسية للفرد[٢]، غير أن منظمة الصحة العالمية تؤكد علي أنها: "حالة من المعافاة الكاملة: البدنية والعقلية والرفاهية الاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض. [٣]

وبذلك يعد تعريف منظمة الصحة العالمية تعريفاً شاملاً؛ حيث أنه يشتمل علي عدة عناصر تمثل مقومات نوعية حياة الفرد، ولا يمكن الحصول علي هذه النوعية إلا إذا كان هناك توافق واستمتاع وإشباع لهذه المقومات لدي الفرد، ومن هذه العناصر: [٤].

- الصحة الجسدية: والتي تمكن صاحبها من القدرة علي القيام بوظائف جسمه الديناميكية، وذلك في حالة مثلي من اللياقة البدنية.
- الصحة النفسية: والتي تتمثل في القدرة علي التعرف علي المشاعر والتعبير عنها وشعور الفرد بالسعادة والراحة النفسية دون اضطراب وتوتر نفسي.
- الصحة الروحية: والتي تتعلق بالممارسات والمعتقدات الدينية للحصول علي سلامة النفس.
- الصحة العقلية: وهي صحة تتعلق بالقدرة علي التفكير بوضوح وتناسق

وشعور بالمسئولية وقدرة علي حسم الخيارات واتخاذ القرارات وصنعها.

- الصحة الاجتماعية: وهي القدرة علي إقامة العلاقات مع الآخرين والاستمرار بها والاتصال والتواصل مع الآخرين واحترامهم.
- الصحة المجتمعية: وهي القدرة علي إقامة العلاقات مع كل ما يحيط بالفرد من مادة وقوانين وأشخاص وأنظمة.

وبالتالي ترتبط تلك المقومات جميعها بالصحة، فالصحة حالة من السلامة الشخصية، التي تمكن الفرد من أن يعيش حياة منتجة اجتماعية واقتصادية، ويتضح ذلك في أسلوب الحياة الذي يعتمده الفرد، والعادات الصحية التي يمارسها، والتي تؤثر في حالته الصحية، حيث تشير التقارير الطبية في هذا الشأن إلي وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة، بمعني أن نشأة كثير من الأمراض قد ترجع إلي السلوك الصحي غير السليم الذي تمارسه الأسر في حياتها اليومية (٥).

كما ترتبط الحالة الصحية للفرد بمدى إدراكه لها، وهذا ما دعي "أوبرى لويس" إلي القول بأن هناك ثلاث محكات طبية تقليدية تحدد المرض، يأتي علي رأسها خبرة الشخص المريض نفسه (وهي التي تعبر عن طبيعة المجتمع والثقافة)، واكتشافه لبعض الاضطرابات في وظيفة الجسم، وفي نهايتها الأعراض التي تتوافق مع النمط الإكلينيكي (وهي المستمدة من الطب وخاصة نظرية تنميط المرض)، لذا يعد المرض ظاهرة من صنع المجتمع، ومرآة تعكس طبيعة الثقافة السائدة.

وينطبق نفس الأمر علي الصحة، فإذا عرفنا الصحة بأنها "حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل، وليست مجرد غياب المرض أو العلة"، أدركنا مدي الأهمية الاجتماعية لمعناها، والدور البارز الذي يلعبه السياق الاجتماعي الثقافي في تحديد المقصود بالتحسن الجسمي، وكيف تتدخل الجماعات الاجتماعية، والبيئة الثقافية في تحديد معني الصحة، وتمييز الشخص الصحيح من العليل.(٦)

لذا يري زولا zola أن الاستجابة للرعاية الطبية واختيار أسلوب العلاج لا يكون بشكل عشوائي، بل يمر طلب اللجوء للرعاية الصحية بخمس مراحل زمنية مختلفة، أطلق علي المرحلة الأولي مصطلح "الأزمة الشخصية المتبادلة" وفيها نلاحظ أن الموقف يدعونا إلي الاهتمام بالأعراض والأسباب التي يذكرها المريض. والمرحلة الثانية أطلق عليها اسم "التدخل الاجتماعي" وهنا لا تتغير الأعراض وإنما تهدد نشاطا اجتماعيا معينا. والمرحلة الثالثة تتضمن توجيه الآخرين نحو الاهتمام بالبحث عن العون الطبي. والمرحلة الرابعة تعني "إدراك التهديد" من وجهة نظر المريض، وأما المرحلة الخامسة والأخيرة فهي تتعلق بطبيعة ونوعية الأعراض، وهنا ينصب الاهتمام علي التشابه والاختلاف بين هذه الأعراض وبين حالات سابقة ظهرت أعراضها علي بعض الأصدقاء أو غيرهم، ولقد أوضح زولا أن هذه المراحل الزمنية المختلفة لها ارتباطات متباينة بالطبقات الاجتماعية والجماعات العرقية. (٧)

وبالتالي؛ يختلف سلوك المريض باختلاف المحاولات التي يبذلها للتعامل

مع الحالة الصحية التي يشعر بها، فقد يلجأ الشخص في البداية إلي بعض أنواع العلاج، وقد يناقش الاضطرابات التي يعاني منها مع أصدقائه ورفاقه، وزملائه في العمل بحثا عن تفسيرات مختلفة لما يشعر به، وقد يسأل الآخرين النصح حول ضرورة اللجوء إلي الطبيب، وحول اختيار الطبيب ذاته، وقد يذهب في زيارة للطبيب كمجرد محاولة، لكي يقارن تشخيصه بالتصور الخاص لديه، وبالتفسيرات التي ذكرها زملائه، ومعني ذلك أن الأشخاص عادةً ما يمرون بتجارب غير رسمية عديدة، قبل الاتجاه إلي الاستفادة من الخدمات الطبية المتخصصة.

وهذه الشبكة من الاستشاريين، تعد جزءً من المجتمع وتفرض شكلا من الاتجاه نحو الخدمة الطبية المتخصصة، ويلاحظ أن هذه المؤثرات الثقافية الخارجية العامة قد تتعارض في تعريفها للمرضي مع التعريفات الطبية المتخصصة، وفي هذه الحالة قد تؤدي إلي إحجام الأشخاص عن الاستفادة من الخدمات الطبية، وهنا عادةً ما يلجأ هؤلاء الأشخاص إلي الطب الشعبي، الذي يختلف تأثيره باختلاف مدي الاعتراف الثقافي في المجتمع المحلي به. فكلما قل هذا الاعتراف، ازداد اعتماد الشخص علي نفسه وخبراته الخاصة، ويلاحظ في هذه الحالات الأخيرة أن الشخص قد يعالج نفسه فترة ما، ولكنه في النهاية يذهب إلي الطبيب. (٨)

وبناءً عليه؛ فإن استجابة الفرد للرعاية الصحية سواء أكان مريضاً أو يتمتع بصحة جيدة؟ تتأثر بعدة عوامل من أهمها: الرفاهية الصحية أو رؤية

علامات مرضية أو أعراض معينة وإدراكها والاعتراف بها ومدي تكرارها، ومدي توافر معلومات ومعرفة وافتراضات ثقافية عنها ومدي فهم القائم بعملية التقييم، وكذلك مدي جدية وخطورة هذه الأعراض من وجهة نظر المريض، إضافة إلى مدى تأثير هذه الأعراض علي اختلال وظائف الأسرة والعمل والأنشطة الاجتماعية الأخرى، ومدى توافر إمكانيات العلاج وموارده والتكاليف المالية والأعباء النفسية لهذا العلاج. كما تتوقف إمكانية العلاج وفرصه علي إدراك المريض للطبيب المعالج من حيث مدي استجابته للشخص وللمرض الذي يعاني منه في إطار يتسق مع التوقعات الثقافية للمريض.

ثانياً– الثقافة وتحديد أسلوب العلاج:

تلعب الثقافة دوراً محورياً في تشكيل وعى الناس بالمرض وإدراكهم لطبيعته، وفهمهم لأسبابه، ومعرفتهم بطرق الوقاية منه، وأساليب معالجته، وبالتالي تحديد نوع الرعاية الصحية المطلوبة له، فكلما كانت الثقافة ذات طابع تقليدي، يشيع فيه التفكير الغيبي والخرافي، وتشتد فيه سطوة عناصر التراث، وتتفشي الأمية، فإن الوعي بالمرض يتدني، كما يكتنف الغموض طبيعته وأسبابه. وهنا تحفل المعتقدات المتعلقة بالمرض بكثير من التصورات والتفسيرات التي يغلب عليها الطابع الديني والأسطوري. وغالبا ما تمضي أساليب العلاج في نفس الاتجاه.

فالثقافة أداة للتكيف، أي أنها توفر للإنسان بدائل متعددة يستطيع أن يختار من بينها ما يلائم معارفه وإمكانياته وظروف بيئته، ومن ثم فإن السلوك

الإنساني يتنوع ويتباين إزاء الموضوع الواحد. وهكذا يستمر الطب الشعبي جنبا إلي جنب مع الطب الرسمي في داخل نفس الإطار الاجتماعي الثقافي، أي أنه لا يختفي من الساحة ما دام يؤدي وظائف ويحقق إشباعات ينشدها الأفراد والجماعات في هذا الإطار.(٩)

لذا يرى "محمد عباس" أن المجتمعات التي تتميز بثقافة تقليدية تقف في وجه التطور والنمو التكنولوجي والممارسات والأساليب الطبية الحديثة موقفا معارضا في بعض الأحيان، وربما كثيرا من الأحيان علي حسب قوة وإلزامية الثقافة التقليدية، ولا يرجع ذلك بطبيعة الحال إلي عدم إيمان أعضاء تلك الثقافات في جدارة وجدوى الممارسات الطبية والعلاجية التي أتي بها نظام الطب الحديث- لاسيما وأنها لم تجربه بعد- وإنما لاعتقاد أعضاء تلك الثقافات في طبيعة المرض، والأشياء المسببة له، وبالتالي لا يكون العلاج -عندهم- هو مواجهة المرض ومعالجته في حد ذاته، ولو كان ذلك عن طريق الأدوية والعقاقير الطبية الحديثة، وإنما في فهم معتقدات الناس، ودور تلك المعتقدات في تفسير المرض، وفي الوقاية منه، وفي العلاج الذي يتقبله المريض، لذا يتطلب التفسير الغيبي للمرض علاجا يتناسب معه. (١٠)

وبناء عليه؛ يؤكد "عبد الفتاح المشهداني" علي أنه بالرغم من أن الطب الحديث له أسس علمية وتقنية في علاج المرض؛ إلا أن الطب الشعبي أحدث دوياً كبيراً في كل المجتمعات وفي مختلف الأوساط والثقافات في السنوات الأخيرة، وأصبح الكثير من المرضى يفضلون الطب الشعبي على الطب العلمي

الحديث، وهذا يرجع إلى اهتمام المجتمعات بنظمهم الاجتماعية والطبية القديمة مرة أخرى، والتي يشكل الطب الشعبي أهم مقوماتها، وكذلك يعود إلى الآثار الجانبية التي يتركها الطب الحديث، وخوف الناس من هذه الآثار، الأمر الذي أقلق المرضى بوجه خاص والناس عامة. كما أن فشل الناس في الحصول على العلاج المطلوب لأمراضهم من خلال الطب الحديث جعلهم يبحثون عن أشكال بديلة للعلاج. فالواقع العلمي يبين أن الكثير من أفكار الطب الشعبي توجد في كل المجتمعات، كما أن ممارسة الطب الشعبي لم يكن مقصوراً على الفئات الأقل تعليماً في المجتمع، وإنما يشمل فئات اجتماعية متعلمة وذات مستويات مادية وثقافية جيدة. (١١)

لذا يلعب المعالجون الشعبيون دوراً أساسياً في الحفاظ علي الممارسات العلاجية الشعبية واستمرارها، ويتعاظم هذا الدور كلما كانت الخدمات العلاجية التي يقدمونها تعود عليهم بالمنفعة، سواء أكانت هذه المنفعة، مادية أو أدبية؟ فالمحترفون منهم يجدون فيها موردا أساسيا للرزق، ومن ثم فإنها تكون بضاعتهم التي يحرصون علي الترويج لها وحمايتها من الكساد. وغير المحترفين، الذين يقدمون هذه الخدمات تطوعاً، فإنهم يجدون فيها سبيلا لمرضاة الله أو كسب محبة الناس، وعلي الرغم من أنهم لا يتقاضون أجورا مادية بشكل صريح ومباشر، فإنهم يتلقون الأجر في صور أخرى عديدة، كتدعيم مكانتهم الاجتماعية في المجتمع المحلي، واكتساب بعض مقومات القوة الاجتماعية، بل قد يكون الأجر في بعض الأحيان مما يدخل في الخدمات والمصالح، ومن ثم

فإنهم يحافظون بدورهم علي هذه الممارسات العلاجية، ويعملون علي بقائها واستمرارها.(١٢)

ولهذا فقد جاءت كثير من المعتقدات والممارسات الخرافية لعلاج الأمراض التي تصيب الانسان، وكيفية تحقيق شفائه منها نتيجة لوجود تراث ومصادر شعبية يمكن للناس الاعتماد عليه، ويوكلون بها إلي أشخاص يطلق عليهم أهل الطب أو الطب الشعبي؛ نظراً لما يتمتعون به من خصائص وسمات فريدة جعلت ممارستهم للطب الشعبي القائم علي الممارسات السحرية أو الخرافية أمراً مقبولاً، مع تقبل بقية أفراد المجتمع للطرق العلاجية القديمة، والتي استندت في تفسيرها لأسباب المرض وفقا للمعتقدات الشعبية إلى تفسيرات واقعية تارة، وتفسيرات غيبية فوق طبيعية تارة أخري(١٣).

ومن هنا أخذ الطب الشعبي في الوقت الحاضر مسلكاً إلى جانب وجود الطب الحديث، فهو له أسسه وقواعده وممارسيه والمستفيدين منه علاجيًا، وكذلك له أشكاله وطرائقه العلاجية التي تتمثل في: الطب الشعبي الدوائي أو العشبي، والطب الشعبي الجراحي، والطب الشعبي الروحي أو الديني(١٤). وأن جميع طرائقه العلاجية الشعبية التي تمت الإشارة إليها، هي طرائق ذات جدوى علاجية وفائدة طبية، لأن الظواهر تظهر لكونها مفيدة، لكنها لا يمكن أن تستمر بالوجود ما لم تكن مفيدة.(١٥)

وبالتالي؛ تقف المعتقدات الثقافية وراء الطريقة التي يدرك بها المريض حالته الصحية، كما تحدد الأعراض المرضية التي تعد مرضا والتي لا تعد،

حيث يتشكل هذا الإدراك وفقا للمكونات الثقافية التي تشتمل عليها ثقافة المريض أي وفقا للقيم والمعتقدات والمعايير الثقافية، وبالتالي يؤثر المستوي الثقافي للأسر علي إدراكهم للمرض وأسبابه وبالتالي علي اختيارهم لنوع الرعاية الصحية وتفضيلهم لأسلوب معين من أساليب العلاج دون غيره.

وبالنظر إلي ثقافة المجتمع السوهاجي، نجد أن غالبية أفراده في حالة الأصابة بالأمراض المزمنة يتجهون إلي العلاج بالطب الحديث، بينما في حالة وجود أمراض سببها العادات والتقاليد والمعتقدات الاجتماعية فهم يتجهون فيها إلي الطب الشعبي، مما يؤكد علي أن معرفتهم بنوع المرض تحدد أسلوبهم في العلاج، كما تكشف عن إزدواجية أسلوب العلاج لدي غالبية أفراد العينة. وهذا ما أكده "وليم سمنر" في تفسيره "للطرق الشعبية"، حيث رأي أن الناس عندما يتبين لهم صلاحية أسلوب ما أو قيمة طريقة ما من طرق السلوك في إرضاء حاجاتهم فإنهم يرغبونها ويكررونها في كل مناسبة تتطلبها ويتمسكون بها مع مرور الزمن، وبذلك تتبلور وتصبح عاده اجتماعية يتعارف الناس عليها ويعملون أيضا علي نقلها أفقيا في الجيل الواحد ورأسيا إلي الأجيال المتعاقبة في شكل أعراف وتقاليد تحرص عليها الجماعة وتحترمها، فما دامت قد أصبحت ضرورية لسلامة البناء الاجتماعي ولرفاهية الجماعة فهي تمثل التصرفات الصحيحة، والصائبة والسلوك المتسم بالصواب والخير والحكمة[١٦].

كما أن إتباع بعض أفراد المجتمع المصري العلاج الشعبي يؤكد علي أن أفعالهم تقليدية، وهذا ما أكد عليه "ماكس فيبر" في تصنيفه لأنماط الفعل

الاجتماعي، حيث أكد علي أن الفعل التقليدي هو ذلك الفعل الذي تمليه التقاليد والعادات الجمعية والمعتقدات التي يتم اكتسابها من خلال عملية التطبيع الاجتماعي[١٧]، حيث يتضح الفعل التقليدي من التفسيرات الثقافية لأسباب المرض وعلاجه، فنجد بعض المرضى يرجعون أسباب المرض إلي ما تمليه عليهم التقاليد والعادات والمعتقدات الثقافية السائدة في ذلك المجتمع الذي ظهر فيه المرض، فالمرض نفسه أو أعراضه قد يفسر بشكل مختلف تماماً بواسطة اثنين من المرضى ذوي ثقافات مختلفة، وأن هذا التفسير سوف يتأثر بسلوكهم التالي للمرض وبنوع العلاج الذي سوف يلجأون إليه، ومن ثم فأن هذه التفسيرات الثقافية للمرض قد تتعارض مع التفسيرات العلمية، كما أنها قد تتناقض مع الوسائل العلاجية للطب الحديث، وترفض الانتفاع من الخدمة الصحية التي يوفرها.

ثالثاً- الدخل واستهلاك الدواء في الحياة اليومية:

يعد الدخل من أهم العناصر الأساسية التي تؤثر على استهلاك الدواء في الحياة اليومية؛ نتيجة للاهتمام المتزايد بالجانب الصحي، فكلما ازداد دخل الفرد زادت قوته الشرائية، وازداد بذلك استهلاكه للدواء؛ لاسيما الدواء الوقائي أكثر من الدواء العلاجي، لما لذلك من تأثير في ارتقاء صحة الإنسان وتحسن المستوى الصحي للمجتمع المتمثل في إطالة الأعمار وانخفاض مستوى الوفيات وازدياد إنتاجية الفرد للفئات العمرية كافة التي هي في سن العمل، وبالتالي المستوى الاقتصادي والاجتماعي الناتج من تحسن المستوى الصحي للمجتمع [١٨]. لذا تري

"مارلين وآخرون " أن الدخل يعكس القدرة الشرائية، والسكن، والغذاء، والرعاية الطبية، والمكانة الاجتماعية، والمسؤولية، والنشاط البدني، والتعرض للعمل.[١٩]

وبناء عليه، يؤثر المستوى الاقتصادي في أي مجتمع من المجتمعات علي المستوى الصحي لأفراده، فانخفاض المستوى الاقتصادي في أي مجتمع من المجتمعات، يكون له أثر كبير علي صحة أفراده، كما أن نسبة انتشار الأمراض المعدية تزداد في المجتمعات الفقيرة، وذلك لأن انخفاض المستوي الاقتصادي يتبعه دائما انخفاض في مستوي صحة البيئة، فقد لا يتوافر في مثل هذه المجتمعات المسكن الصحي أو التخلص الصحي من الفضلات والقمامة، ويكون من الصعب علي الأفراد في مثل هذه المجتمعات أيضا المحافظة علي تناول الغذاء الضروري الذي يساعد علي اكتساب الصحة؛ وما يعقب ذلك من أمراض سوء التغذية، كما أن المجتمعات الفقيرة بشكل عام لا تنفق كثيراً علي برامج الخدمات الصحية، سواء أكانت برامج خدمية أو وقائية أو علاجية؟ بما يتناسب مع احتياجات المواطنين، مما يتسبب عنه انتشار الأمراض في المجتمع[٢٠].

وبالتالي فالاستجابة للمرض تتحدد في ضوء الوضع الاجتماعي الاقتصادي، إذ يحدد الوضع سلوك المريض في محافظته علي صحته واستجابته للمرض. فهو يحدد إمكانيات الإفادة من سبل العلاج في حالة المرض، وتكاليف المحافظة علي الصحة بالنسبة للشخص السليم. كما يحدد الوضع أيضا نوعية الأمراض في المجتمعات، فنلاحظ بصفة عامة أن

اقتصاديات المعيشة بالمجتمعات المتخلفة، تفرز أمراض سوء التغذية والأنيميا ولين العظام وضعف في الجهاز المناعي للجسم، في الوقت الذي تؤدي فيه اقتصاديات المعيشة بالمجتمعات المتقدمة إلي أنواع أخري من الأمراض كالسكر والسمنة والقلب والسرطان وغيرها.[٢١]

وبالنظر إلي العلاقة بين مستوي الدخل وأساليب العلاج فإننا لا نستطيع الجزم بأن الاتجاه إلي العلاج التقليدي أو الحديث يرتبط بالدخل الضئيل؛ إذ أننا نجد من ذوي الدخول المرتفعة من لا يختلف سلوكهم في هذا المجال كثيرا عن سلوك الفقراء[٢٢]، فالمريض يريد الدواء بوقت معين بجرعات محددة وبفاعلية ثابتة مهما اختلفت أشكاله الصيدلانية أو تنوعت، ومهما اختلفت مصادر المادة الفعالة أو مكان الإنتاج، ويتساوي في ذلك جميع المرضى في أنحاء العالم.[٢٣]

فالأفراد يكتسبون المال من أجل الإنفاق علي المأكل والمشرب والمحافظة علي الصحة، وهذا المفهوم يجعل الكثير من الأفراد ينفقون جزء من مدخراتهم علي مكافحة المرض بغض النظر عن الأسلوب المختار في العلاج، ولكن قلة الدخل جعلت من الأفراد لا ينفقون إلا جزءً بسيطاً علي العلاج[٢٤].

وبناء عليه؛ يلعب المستوى الاقتصادي دوراً مهماً في صياغة مواقف الناس وقراراتهم فيما يتعلق بمواجهة المرض، ويتجلى هذا الدور عندما يتطلب العلاج نفقات والتزامات مادية، وتدل الشواهد الواقعية على أن سلوك الفقراء غالباً ما يتوزع بين البدائل العلاجية الشعبية وبين العلاج الطبي الرسمي

الرخيص، الذي يقدم مجاناً أو بأجور رمزية، وكلما اشتدت وطأة الفقر اضطر الفقراء إلي اختيار ارخص البدائل العلاجية الممكنة. (٢٥) وهذا ما دعي "هناء الجوهري" إلي القول بأن مستوي إشباع حاجات الأفراد يتحدد في ضوء مستويات دخولهم التي يحصلون عليها، والتي تلعب دورا كبيرا في تحديد نوعية حياتهم في تفاعلها مع غيرها من المتغيرات الاقتصادية وغير الاقتصادية.(٢٦)

فغالباً؛ تبدأ رحلة العلاج في الأسرة الفقيرة من العلاج المنزلي: كاستخدام الأعشاب المغلية كالنعناع والكمون والكركديه والشاي المضاف إليه عصير الليمون، أو ماء الأرز أو البليلة أو النشا –المذاب في الماء– للأطفال المصابين بالإسهال والنزلات المعوية. كما يشمل ربط الرأس –في حالة الصداع– أو دعك البطن في حالة المغص. كما يضم العلاج المنزلي تناول دواء سبق استخدامه في حالات مشابهة، سواء استخدمه الشخص نفسه أو أحد أفراد أسرته أو أحد جيرانه، وأيضا استخدام المسكنات والكمادات، كما يمكن أن ندرج في هذا المجال أيضا اللجوء إلى الصيدلي –حيث أن تشخيص المرض وعلاجه ليست من مهمته الأساسية– ليقوم المريض أو أحد أقاربه بوصف أعراض المرض للصيدلي خاصة في الحالات التي يرون أنها لا تحتاج إلي طبيب "مش مستاهله كشف" كالصداع أو الأنفلونزا، فيقوم الصيدلي بوصف العلاج بناء علي ذلك.(٢٧)

لذا تعد الأعشاب الطبية لدى بعضهم الحل البديل لتقديم العلاج خصوصاً إذا كانت رخيصة الثمن أو للأجر والثواب كما يفعل المعزمون

والمرقون، مقارنة بأسعار الأدوية في الصيدليات والاستشارات الطبية، كما أن بعض المرضى يتجهون إلي العلاج الشعبي، وذلك لأن المعالج لا يطلب منهم أي فحوصات أو تحاليل، وإن أي مبلغ يقبله منهم مهما كان حجمه(٢٨).

وهذا ما دعي "مارجريت تشان" – المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية– في المؤتمر الدولي لبلدان جنوب شرقي آسيا حول الطب التقليدي (الشعبي) والذي عُقد في فبراير٢٠١٣م.، إلي التأكيد علي أن الأدوية العشبية التي ثبتت جودتها ومأمونيتها تسهم في تحقيق ضمان حصول كل الناس على الرعاية اللازمة؛ وتعتبر الأدوية العشبية، والمعالجة العشبية، والممارسون التقليديون (الشعبيون) المصدر الرئيسي للرعاية الصحية، بالنسبة لملايين البشر، بل إنها في بعض الأحيان المصدر الوحيد لهذه الرعاية، فهي رعاية قريبة من البيوت ويمكن الحصول عليها بسهولة ولا تكلف الكثير.

كما أنها مقبولة ثقافياً وتثق بها أعداد كبيرة من الناس، وأن يُسر تكاليف الحصول على معظم الأدوية العشبية يجعلها أكثر جاذبية في وقت ارتفعت فيه تكاليف الرعاية الصحية ارتفاعاً جنونياً، وساد فيه التقشف معظم أنحاء العالم، ثم إن الطب التقليدي (الشعبي) استطاع أن يفرض نفسه كطريقة من طرق التكيُّف مع الارتفاع الشرس في معدلات انتشار الأمراض غير السارية المزمنة، وبغضّ النظر عن أسباب اللجوء إلى أحضان الطب التقليدي (الشعبي) والتكميلي طلباً للاستشفاء؛ فإن ما من شك في أن الاهتمام به قد تنامي كثيراً وسوف يواصل تناميه على ما يظهر في مختلف أنحاء العالم(٢٩).

وبالنظر إلى أساليب تكيف الفقراء مع العلاج الرسمي، نجد هناك تنوع مؤسسات الطب الرسمي التي يلجأ إليها الفقراء من مختلف الشرائح في الريف والحضر علي السواء، ويأتي في مقدمة تلك المؤسسات المستشفيات العامة، ويلجأون إليها في حالات المرض الشديد، وأيضا لإجراء العمليات الجراحية، كما تعد الوحدة الصحية المؤسسة الطبية الرسمية الثانية كمكان للعلاج، ولصرف الأدوية، سواء تم ذلك في قسم العلاج المجاني بأجر رمزي أو العلاج الاقتصادي، كما يلجأ الفقراء –في أدني السلم الوظيفي– إلي الاستفادة من خدمات التأمين الصحي، وخاصة في الأمراض التي تتطلب إجراء عمليات جراحية.[٣٠]

أما الأغنياء؛ فيستطيعون مواجهة الأعباء المادية التي يتطلبها العلاج الطبي الرسمي الحديث، وكلما زادت درجة الثراء والغني؛ فإن الأغنياء يكون بوسعهم الحصول علي الرعاية الطبية المتقدمة مهما كانت التكلفة، فمنهم من يرتاد المستشفيات الخاصة (الاستثمارية)، ومنهم من يسافر إلي الخارج لتلقي العلاج على يد مشاهير الأطباء العالميين المتخصصين.[٣١]

وبالتالي يؤثر مستوي الدخل علي معدل استهلاك أفراد المجتمع المصري للدواء، وهذا ما أكدته الدراسة التي أجراها الباحث علي المجتمع السوهاجي، حيث كشفت نتائجها عن وجود علاقة طردية ضعيفة بين مستوي الدخل ومتوسط الإنفاق الشهري علي الدواء، فكلما زادت فئة الدخل تبعها زيادة في متوسط الإنفاق الشهري علي الدواء، كما كشفت عن وجود علاقة طردية

ضعيفة بين مستوي الدخل ومدي تناسب أسعار الأدوية مع الدخل، فكلما زادت فئة الدخل تبعها زيادة في نسبة أفراد المجتمع الذين تناسب لديهم أسعار الأدوية مع دخولهم. كما كشفت أيضاً عن وجود علاقة طردية ضعيفة بين مستوي الدخل واللجوء إلي شراء الأدوية البديلة في حالة إرتفاع أسعار الأدوية الأصلية. فكلما قل الدخل يتجه أفراد المجتمع إلي الأدوية البديلة، بينما مع الزيادة في الدخل يتجهون إلي شراء الأدوية الأصلية. وبالتالي يؤثر مستوي الدخل علي نوعية الدواء المطلوب في حالة المرض.

ومن هذا المنطلق، فإن استهلاك الدواء في المجتمع المصري يتفق مع نظرية الدخل المطلق "لكينز" التي تؤكد علي أن الإنفاق الاستهلاكي يعتمد بصورة أساسية على مستوى الدخل. وبالتالي فإن استهلاك السلع يتجه للزيادة مع كل زيادة في الدخل، بحيث تكون زيادة الاستهلاك أقل من إجمالي الزيادة في الدخل؛ طالما أن هناك جزء من الدخل يوجه للإدخار [٣٢].

لذا ترى منظمة الصحة العالمية [٣٣] أن الدخل لا يؤثر علي أسلوب العلاج فقط؛ بل يؤثر أيضا علي شكل ونوع وكمية الدواء المتوافرة في أي مجتمع من المجتمعات، فوزارات الصحة هي التي تحدد عادة أنواع الأدوية التي يتم اختيارها وأشكالها واستخداماتها في أي مجتمع من المجتمعات، فهي تقدم بحكمة مجموعة محدودة من الأدوية والجرعات التي تتناسب مع المشكلات الصحية المنتشرة في أي مجتمع، والتي تتناسب أيضا مع جميع المستويات التي تقدم في مؤسسات الرعاية الصحية؛ في ضوء الموارد المالية المتاحة، والأمراض

المنتشرة.

وبالرغم من ذلك، يرى الباحث أن الأسر الرشيدة والواعية التي تمتلك ثقافة دوائية تلجأ إلي تعظيم المنفعة مهما كان نوع المؤسسة العلاجية التي تلجأ لها، ومهما كان أسلوب العلاج، ومهما كان شكل ونوع وكمية الدواء، ومهما كانت تكلفة العلاج؛ إلا أن رحلة العلاج في الأسرة المصرية غالبا قد تبدأ من العلاج المنزلي، ثم تتطور إلي أن تصل إلي السفر إلي الخارج لتلقي العلاج على يد مشاهير الأطباء العالميين المتخصصين؛ ولكن في حدود الإمكانيات والموارد المادية المتاحة لدي كل أسرة.

رابعاً- التعليم وتشكيل المعرفة الدوائية:

لا معني لتعليم لا يواكب التغيرات المعرفية، إذ يتحول تلقائياً إلى تعليم – منقوص- لتاريخ العلم، يعزل نفسه عن الإفادة بتطبيقاته، وعن إمكانيات استخدام منهجيته، وعن سبل التطور بعامة. كذلك، فإن أي مجتمع لا يتفاعل مع التغيرات المعرفية ولا يسهم في إحداثها وتطويرها، هو مجتمع يعيش "متطفلاً" علي الآخرين، مجتمع تابع، عاجز عن المنافسة والتطور.[٣٤]

فالإنسان منذ أن وجد علي وجه الأرض، وهو يسعي إلي معرفة الحقائق التي تساعده علي اكتشاف العالم الذي يعيش فيه، وفهم القضايا التي تواجهه، فمن خلال البحث عن المعلومات يستطيع الفرد كفاعل اجتماعي أن يواجه العقبات والمشاكل التي تواجهه في حياته، وبالتالي فالمعرفة مرتبطة بوجود الإنسان وتفكيره منذ أن خلقه الله -عز وجل-، إلا أنها تطورت وتنوعت بفعل

تطور وعي الإنسان وخبراته. [٣٥]

ومن هنا كانت إحدى وظائف التعليم تتمثل في تحرير الإنسان بتمكينه من الوصول الى المعرفة بصورة مستقلة، والتفاعل معها ونقدها، وتوظيفها في حل المشكلات –الآنية والمستقبلية، وبما يؤدي الي الوعي المعرفي والاجتماعي والإنساني. وبالتالي يهدف التعليم إلي تنمية القدرة الإبداعية وتشجيع القدرة علي الابتكار وتقديم ما هو جيد، وإتاحة الفرصة للنشاط الحر التلقائي، وتنمية روح المبادرة، والرغبة في الاكتشاف وتكوين الشخصية المتفردة والإرادة المستقلة والرأي الذاتي الحر [٣٦].

لذا يعد التعليم من الوسائل الأساسية في عملية التنمية الصحية والاجتماعية، فعلى صعيد الأطباء ومن خلال ما تعلموه ودرسوه في حياتهم العلمية والعملية نجد أنهم أكثر استجابةً للتعامل مع المرض والعلاج وبالطرائق العلمية التي تستند على أسسٍ تجريبية، أما أفراد المجتمع فكلما كان الفرد متعلماً ويمتلك معرفة وثقافة اجتماعية وطبية يكون بالتأكيد أكثر استجابةً وتوافقاً مع معطيات المرض وأساليب علاجه، لذا نجد أن الفرد الذي لديه تعليم أو شهادة يكون أكثر وعياً وأكثر فهماً لما يتطلبه أمر العلاج والأخذ بالأسباب ويكون بالتالي مستوعباً لما يقوله ويطلبه منه الطبيب، وكذلك يكون أكثر حذراً وجديةً في التعامل مع حالات المرض البسيطة وما يتناوله من أدوية وعلاجات قد يكون لها أثرها الإيجابي من جانبٍ معين في تعاملها مع المرض لكنها قد تترك تأثيراً سلبياً في الجوانب الأخرى تنعكس بدورها على صحة الفرد.[٣٧]

فالأفراد من خلال تعليمهم واطلاعهم يتشكل لديهم رأس مال ثقافي، يمدهم بمعرفة دوائية تمكنهم من معرفة المقصود بالدواء ومسمياته(التجاري- الكيميائي- العلمي)، والتعرف على تصنيفات الأدوية، ومعرفة طرق ودواعي وموانع استعمالها، إضافة إلي إدراك المعلومات التي ينبغي على المريض معرفتها عن الدواء، والتمييز بين الاستعمال الخاطئ والاستعمال الصحيح للأدوية، وأخيرا ربط الأدوية ببعض الأمراض [٣٨].

ومن هنا يأتي دور التعليم في إكساب الفرد معارف وخبرات جديدة، فالفرد يكتسب خبرات ومعارف مختلفة بأساليب العلاج وبأنواع الأدوية المتاحة في الأسواق وبعلاماتها التجارية (ماركتها)، وبالشركات التي تنتجها، وبطرق استخدامها عن طريق التعلم- الذي يعد ثمرة التعليم- كما أن كثير من آرائنا ومعتقداتنا وأفكارنا ودوافعنا ورغباتنا ترجع أولاً وأخيراً إلي عملية التعلم، والتعلم يشمل ما يحصل عليه الفرد من معلومات وما اكتسبه من خبرات وقدرات واتجاهات ومهارات ومعارف وعادات مختلفة، سواء تم هذا التعلم عن طريق الأسرة أو الأصدقاء أو المدرسة أو الجامعة أو البيئة الخارجية بما فيها من وسائل نشر كالصحف والمجلات والإذاعة والتليفزيون وغيرها.

فالخبرات والمعارف المكتسبة تؤثر علي سلوك الفرد في المستقبل، فنجد الفرد يميل إلى تكرار الخبرات الناجحة له وينبذ الخبرات الفاشلة بالتدرج، ففي حالة قيام أسرة ما باستخدام أسلوب علاج معين، أو شراء أدوية أو أعشاب معينة، وحقق لها هذا الأسلوب درجة عالية من الرضا والشفاء، فلنا أن نتوقع

تكرار استخدام الأسرة لهذا الأسلوب في المستقبل، ما لم يعد هناك جديد[٣٩].

وبناء عليه؛ فإن المستوى التعليمي الذي يحققه الفرد يؤثر علي اتجاهاته وأرائه وأفكاره ووعيه، فالعلوم تهدف أساسا إلي تكوين اتجاهات معينة لدي الفرد، وكل نوع من أنواع التعليم يهدف إلي بناء اتجاهات جديدة، أو تغيير اتجاهات قائمة، وتجعل الفرد يفكر بطريقة علمية منطقية، ولن تحقق المادة الدراسية أهدافها إذا لم تترك هذه المادة أثرها علي طلابها في شكل تغيير في اتجاهاتهم وإكسابهم اتجاهات جديدة.[٤٠]

ومن هنا أكدت دراسة "عبد الله المعمر"[٤١] على أن ارتفاع المستوى التعليمي والوعي والدخل وقدرة إدراك مسببات المرض من العوامل الهامة التي تعمل علي توجيه الفرد إلي العلاج الطبي الحديث. كما لا يقتصر دور المستوي التعليمي علي توجيه الفرد نحو أسلوب العلاج فحسب، بل ويكسبه القدرة علي عرض المشكلة المرضية أمام الطبيب، وبشكل مفصل ودقيق مستعرضا إحساسه بالألم، وأحيانا يتعرض للعضو المصاب بالتسمية، بينما أصحاب المستوي المتدني لا يستطيعون عرض مشكلاتهم علي الطبيب، ويأتون بأعراض مرضية غير معروفة علمياً وطبياً.

ومن هذا المنطلق؛ تؤكد "مارلين وآخرون"[٤٢] علي أن التعليم يمكن الأفراد من حماية أنفسهم من الأمراض؛ وذلك منن خلال التأثير على سلوكيات نمط حياتهم، وإكسابهم القدرة على حل المشكلات الصحية، وإكسابهم أيضا المهارات والأصول الاجتماعية والنفسية والاقتصادية، كالمواقف الإيجابية حول

الصحة والحصول على الخدمات الصحية الوقائية، والعضوية في جماعات الأقران التي تشجع على اعتماد أو استمرار السلوكيات الصحية الإيجابية، وارتفاع الثقة بالنفس والكفاءة الذاتية.

فالفرد الذي لا يعرف القراءة والكتابة لا يستفيد من الإرشادات والمعلومات الصحية المنشورة في الصحف أو المجلات أو النشرات الصحية، كما أن فرصة إيمانه في البدع والخزعبلات تكون كبيرة، وإنه قد يعتمد في علاجه علي الخرافات بصورة أساسية، وهذا يؤثر علي الحالة الصحية للمجتمع[٤٣].

ومن هنا، لا يقتصر دور المستوى التعليمي على المفاضلة في أسلوب العلاج، بل ويظهر في اختيار المعالج أو الطبيب بناء علي الخبرة والتخصص والسمعة، فالخبرات التعليمية للأسر تجاه الأدوية والخدمات والمؤسسات الطبية تُحدد ما إذا كانت الأسر ستنظر بعين الرضا أو الرفض إلى هذه الأدوية والخدمات والمؤسسات، فإذا ما استخدمت الأسرة أسلوب علاج أو اشترت دواء معين ليس بالجودة المطلوبة، فستتكون لديها أحاسيس سلبية عنه، فإنها عند الحاجة إليه مرة أخري تمتنع عن استخدامه أو شرائه، وتبحث عن غيره.

وأخيراً؛ لا معنى للمعرفة والتعامل معها وتوظيفها في حل المشكلات، ما لم يؤدي ذلك إلي الوعي المعرفي والاجتماعي والإنساني، اي إلي إعادة تشكيل المعرفة والسلوك، وفتح آفاق جديدة نحو ذلك في عملية جدلية لا تتوقف.

وبالنظر إلي واقع التعليم في مجتمع الدراسة، فقد أكد غالبية أفراد العينة

علي أن المناهج الدراسية في المجتمع المصري لم تؤدي دورها في زيادة المعرفة الدوائية لدي غالبية أفراده، فهي لم تحتوي علي أي معلومات دوائية. وبالتالي فإن التعليم الأساسي والثانوي والفني والكليات النظرية في المجتمع المصري – من واقع ما أكدته غالبية أفراد العينة– لا يتفق مع فلسفة التعليم "لباولو" التي تؤكد علي أن التعليم الذي يستهدف الحرية يركز علي الإدراك أكثر مما يركز علي نقل المعلومات، فمادة التعليم في هذا الحال تقف في وضع وسطي بين المتعلم والمعلم، فالعلاقة الحوارية التي تنشأ بينهما تساعدهما علي الوعي بمادة التعليم وبذلك يصبح التعليم ممكناً.[٤٤] وبالتالي فهو لا يوفر المادة العلمية التي تعمل علي زيادة المعرفة الدوائية التي تمكن الفرد من فهم المعلومات الخاصة بالدواء وتفاعلاته وكيفية استخدامه وتخزينه، وبالتالي تكون لديه القدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية بصورة مستمرة يكسبها شكل العادة التي توجه قدراته وتحدد واجباته المتزنة المتكاملة التي تحافظ على صحته وحيويته، وذلك في حدود إمكانياته، أي وهذا ما يطلق عليه الوعي.

وبالرغم من أن المناهج الدراسية لم تهدف إلي تنمية المعلومات الدوائية، إلا أن أبناء المجتمع المصري يتمتعون بثقافة دوائية، فقد تبين أن معظم أفراد العينة علي درجة عالية من الثقافة الدوائية، من خلال إدراكهم بأن لمؤسسات الصحة والإعلام والتربية والتعليم أدوار يجب عليهم القيام بها، لتوصيل تلك المعلومات. وتتمثل أهم تلك الأدوار في استضافة الأطباء والصيادلة، وعقد الندوات والملتقيات التي تتناول الاستخدام الخاطئ للدواء، وتخصيص منتديات

للحوارات الصحية الدوائية، وتوزيع ملصقات للتوعية الدوائية، وتوفير موسوعات وكتب عن الآثار الجانبية للأدوية.

لذا يهتم غالبية أبناء المجتمع المصري بقراءة البطاقة الإعلامية للدواء خاصةً دواعي الاستعمال، والتحذيرات والاحتياطات، بالرغم من عدم وجود علاقة بين المستوي التعليمي وقراءة البطاقة الإعلامية للدواء، مما يؤكد علي أن الثقافة الدوائية التي يتمتع بها غالبية أبناء المجتمع معرفة قصدية نابعة من حاجتهم لتلك المعلومات في الحياة اليومية، فالمعرفة بالشيء لا تأتي إلا من خلال الوعي القصدي، فبالقصد يمكننا إدراك الشيء إدراكاً مباشراً، وهذا ما كان يقصده "هوسرل" من قصدية الوعي(٤٥).

خامساً- المساندة الاجتماعية وتشكيل الثقافة الدوائية:

الإنسان ذلك المخلوق الذي لا يمكنه أن يعيش بمنأى أو معزل عن غيره من البشر لأنه مفطور على الاجتماع مع غيره والاتصال بهم، وعلى تبادل المنفعة معهم، فيشبع بذلك حاجاته ويسهم في إشباع حاجات الآخرين، ومن خلال هذا الاجتماع تتبادل الأفكار والقيم والمشاعر ويقدر الآخرين ويتلقى منهم التقدير ويشاركهم مشاعرهم...وهكذا، فإن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه، لا يقوى على العيش منعزلاً عن أفراد المجتمع، فهو عضو فاعل متفاعل يعطي ويأخذ في إطار تكامليّ، وبهذا يكون منتجاً في ضوء قدراته وإمكاناته التي تعينه على ذلك، وفي نفس الوقت يتبادل الأفكار والقيم والمشاعر مع الآخرين، ويتلقى منهم التقدير ويستقبل منهم مشاركتهم إياه مشاعره .... وهكذا.

فالإمداد بالعلاقات الاجتماعية وتقديم السند يعتبران مصدرا هاما من مصادر التثقيف الذي يحتاجه الإنسان في عالمه الذي يعيش فيه، لذلك فهو يحتاج إلى مدد وعون من خارجه. لذلك تعد البيئة الاجتماعية مجالا هاما لتوفير المساندة والمؤازرة للفرد، نظرا لكونها تشمل مجموعة من المصادر يمكن للفرد أن يلجأ إليها طلبا للمساعدة مثل الأسرة والأصدقاء والزملاء والأقارب والجيران وغيرهم من أعضاء المجتمع الذين لهم أهمية خاصة في حياة الفرد. وقد اصطلح على تسمية المساعدة والمؤازرة التي يحصل عليها الفرد من خلال علاقاته الاجتماعية بالمساندة الاجتماعية(٤٦).

ومن هذا المنطلق تعد المساندة الاجتماعية قديمة قدم الإنسان، فمن خلالها أمكنه التفاعل مع مجتمعه، فهو لا يقوى على تحقيق أهدافه في ظل غياب الآخرين ودعمهم له، كما أنه من خلالها يتبادل الدور مع أفراد مجتمعه، وإن كان أكثر احتياجاً لها في حال تعرضه للأزمات والمواقف الطارئة(٤٧).

وبناءً عليه،؛ يعرف "محمد بيومي " المساندة الاجتماعية بأنها هي كل دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض وتخفيف ألامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض(٤٨).

بينما يعرفها "السيد محمد" من خلال مصادر الحصول عليها فيري أنها: هي أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من الأسرة والأصدقاء والآخرين ذي العلاقة القوية به، والتي تتمثل في تقديم المساعدة والمشاركة والاهتمام والتوجيه والتشجيع في جميع جوانب الحياة والتي تشبع الحاجات المختلفة للفرد

وتشعره بالأمن وتزيد من ثقته بنفسه وإمكانياته، وتساعده على تكوين علاقات اجتماعية جيدة[٤٩].

وبالرغم من تنوع وجهات النظر التي تناولت مفهوم المساندة الاجتماعية، فإن هناك اتفاق على أن مفهوم المساندة يشتمل مكونين أساسيين، أولهما: أن يدرك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في شبكة علاقاته الاجتماعية يمكن الرجوع إليها والاعتماد عليهم عند الحاجة، وثانيهما: أن يكون لدى الفرد درجة معقولة من الرضا عن المساندة المتاحة له والقناعة بجدواها.[٥٠] وبالتالي فإن التأثير الإيجابي للمساعدة الاجتماعية لا يرتبط بكم المساندة الاجتماعية، وإنما بمدى اقتناع الشخص الذي تقدم له هذه المساعدة ، أي بمدى إدراكه لعمق علاقاته بالآخرين وكفاية ما يقدمون له من دعم.

لذا تعد المساندة الاجتماعية من أهم مصادر الدعم الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان، حيث يؤثر حجم المساندة الاجتماعية، ومستوى الرضا عنها فى كيفية إدراك الفرد لضغوط الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه الضغوط، كما أنها تلعب دوراً هاماً في إشباع الحاجة للأمن النفسي وتخفيف حدة الأعراض المرضية وخفض مستوى المعاناة الناتجة عن شدة الأحداث الضاغطة.[٥١]

وبالتالي تعد المساندة الاجتماعية أحد اللبنات الأساسية للسلامة الاجتماعية والنفسية والصحية[٥٢]؛ حيث تتضمن: المساندة الوجدانية، المعلوماتية، والأدائية، والمعنوية، والتقديرية، والمجتمعية التي يحصل عليها الفرد

من خلال علاقاته الاجتماعية مع المصادر المتاحة في بيئته الاجتماعية، وتشتمل مصادر البيئة الاجتماعية: علي مصادر رسمية للمساندة الاجتماعية نجدها مرتبطة ببيئة العمل والهيئات والمؤسسات الصحية والطبية ويمثلها رؤساء وزملاء العمل والأطباء والصيادلة والمرشدون النفسيون والاجتماعيون، رجال الدين، الذين يكون لهم دور فعال في حياة الفرد، من خلال إمداد الفرد بالمعلومات الصحية والدوائية الضرورية في حياته، ومصادر غير رسمية يبرز من بينها أفراد الأسرة والأصدقاء والأقارب والجيران وموفرو الخدمات الوقائية أو المعالجون، كمصادر أولية للمساندة (٥٣).

فالمساندة الوجدانية: تعني إظهار مشاعر الثقة والحب والحنان للآخرين، وهي أول أشكال وصور المساندة التي يتطلبها الإنسان سواء كان معافىً أو مريضًا، وتعرف علي أنها دعم وسند نفسي يجده الإنسان في كلمات التهاني والثناء عليه في السراء، وفي عبارات المواساة والشفقة في الضراء، فيجد في تهنئة الناس له الاستحسان والتقدير والتقبل والحب المتبادل، ويجد في مواساتهم له التخفيف من مشاعر التوتر والقلق والسخط والجزع، والتشجيع على التفكير فيما أصابه بطريقة تفاؤلية فيها رضا بقضاء الله وقدره، ففي ظل المساندة الوجدانية يجد المريض مشاعر المودة، والرعاية، والاهتمام والحب، وبالتالي تساعده المساندة الوجدانية علي الرغبة في تناول الدواء من أجل الشفاء، والرغبة في العودة للحياة، إعادة تقدير وتقبل الذات.

أما المساندة المعلوماتية: فيقصد بها التزويد بالنصيحة، والإرشاد أو

المعلومات المناسبة للموقف بغرض مساعدة الفرد في فهم موقف أو التعايش مع مشاكل البيئة أو مشاكله الشخصية، ويظهر ذلك في مدي الدعم المعلوماتى الذي يتلقاه الفرد من مصادر المساندة الرسمية وغير الرسمية فيما يتعلق بالأدوية وأساليب العلاج (٥٤).

وتعد الأسرة من أهم مصادر المساندة الرسمية، حيث تتم فيها التنشئة الاجتماعية الأساسية التي ترتبط بسنوات النشأة الأولي، والتي فيها يبدأ الأطفال بتحقيق التراكم المعرفي والمهارات المطلوبة ليكونوا أعضاء في مجتمع ما، وتتم هذه العملية من خلال أنشطة متنوعة ترتبط بأساليب علاج بعض الأمراض، واستخدام الأدوية المرتبطة بأمراض معينة من خلال الملاحظة والتفاعل مع الآخرين، وبذلك تبدأ ثقافة الطفل الدوائية بالتشكيل، وفي حالة تعرض هذه الثقافة للتهديد ستواجه بالمعرفة والثقافة المحصلة من خلال التنشئة المبكرة.

حيث يشير مفهوم التنشئة الاجتماعية إلى العملية التي يكتسب فيها الأطفال أنماطاً عديدة من المعتقدات والسلوكيات.(٥٥) بينما يشير مفهوم التنشئة الاستهلاكية إلي العملية التي يكتسب خلالها الأفراد المهارات والمعارف والاتجاهات المناسبة لأدائهم الاستهلاكي.(٥٦) وبالتالي فمن خلال التنشئة تنقل الأسرة المعاني الثقافية للمجتمع والثقافات العليا والطبقة الاجتماعية إلي أبنائهم، ويتضح ذلك من خلال تحدث الآباء عن المخاطر التي يمكن أن تنجم عن الاستخدام الخاطئ للدواء والتداوى بالأعشاب، وتصحيح بعض العادات السلبية المتعلقة بالمداواة الذاتية وتخزين الأدوية في المنازل ومراقبة تواريخ

إنتاج الدواء وانتهاء الصلاحية، وبهذا يكتسب الأطفال المعارف عن المنتجات الدوائية والخدمات والمهارات الاستهلاكية المرتبطة والمتنوعة.[٥٧]

فالأسرة هي الخلية الأولى التي يتربى فيها الفرد، وتكون اتجاهاته ودوافعه، كما أن الأسرة تعتبر أول وحدة استهلاكية ينمو فيها الفرد، وتتكون لديه العادات الاستهلاكية الجيدة أو السيئة علي حد سواء، كما أن للأسرة دوراً كبيراً في التأثير علي القرارات الشرائية للفرد، ففيها يتعلم كيفية اتخاذ القرارات الشرائية، وما العوامل التي يجب أن يأخذها في الاعتبار عند اتخاذ قرارات الشراء؟ وعلي أي دوافع يعتمد؟ هل دوافع رشيدة أم دوافع عاطفية ؟ هل قرارات الشراء تكون فردية أم جماعية؟ كل ذلك يتعلمه الفرد من خلال الأسرة [٥٨].

أما الأصدقاء والأقارب والجيران والمدرسة يأتي دورهم بعد الأسرة، فهم يعدون المصدر الرئيس للتنشئة الاجتماعية الثانوية التي تتعلق بالخبرات الحياتية والاجتماعية والثقافية المعقدة والمستمرة، ومن هنا يشار إلي إطار أوسع من المهارات والمعارف والأدوار التي يتم تحصيلها وتعلمها طول العمر، فالتنشئة الاجتماعية الثانوية هي عملية فهم وإدراك معني الجوانب الثقافية المتعددة التي نمر بها طوال حياتنا، وبالتالي ينظر إلي التعليم عادةً علي أنه حاضن للتنشئة الاجتماعية الثانوية، ففي ظل مراحل الدراسة المختلفة يحصل الأطفال والمراهقون علي المعرفة الدوائية والمهارات –من خلال المواد العلمية والمناهج– المطلوبة لتخدم الاستخدام الأمثل للدواء في حياتنا اليومية.

بينما يعد الطبيب والصيدلي من أهم المصادر الرسمية للمساندة

المعلوماتية الدوائية، لذا إذا أردنا أن نستعمل الدواء الاستعمال الأمثل؛ فهناك معلومات دوائية ينبغي أن يلم بها كل فرد منا، سواء أكان مريضاً أم سليماً؟ لأن هذه المعلومات تسهم إسهاما فعالا في دقة تنفيذ العلاج، وفي وقاية المريض والشخص السليم من الأضرار التي تنجم عن سوء استعمال الدواء أو عدم اتباع الإرشادات المطلوبة علي خير وجه، وأن هذه المعلومات تتمثل في تنفيذ الإرشادات التي يتلقاها المريض من الطبيب والصيدلي تنفيذا دقيقا، ومنها مقدار الجرعة وعدد مرات تناولها والوقت المناسب لذلك ووسيلة الاستعمال، والممنوعات من الأغذية والأدوية أو أي شيء آخر قد يتعارض مع العلاج أو ينجم عنه الضرر بعد استعمال الدواء، إضافة إلي ضرورة الإقلاع التدريجي عن الدواء، أو إلي عدم تناول الدواء إذا ظهرت أعراض الحساسية أو أي أعراض جانبية أخرى.(٥٩)

بينما تشمل **المساندة الأدائية:** المساعدة المادية أو المالية، مثل القيام بإقراض الفرد مبلغاً من المال، أو تقديم له خدمة معينة، كالمساعدة في أداء عمل أو مهمة صغيرة، وهذا النوع من المساندة يكون الشخص المريض في أمس الحاجة إليه؛ لأنه في ظل المستوي الاقتصادي المتدني الذي تعاني منه بعض الأسر، وفي ظل الظروف الصحية التي يعاني منها المريض، فإن بعض المرضى يكونون في أشد الحاجة إلي من يمد لها يد العون بالمال أو بالدواء أو بالوصفات الطبية المجربة التي سبق فاعليتها، وبالتالي فإن ذلك النوع من أنواع المساندة يعمل علي تخفيف المعاناة الصحية والاقتصادية للمرضي.

وأخيراً **مساندة التقدير:** وتظهر في دعم الآخرين وعلاقاتهم الاجتماعية بالفرد مما يشعره بالكفاءة الشخصية وتقدير الذات، وقد يُشار إلى هذا البعد بعدة مسميات مثل المساندة النفسية، والمساندة التعبيرية، ومساندة تقدير الذات، ومساندة التنفيس، والمساندة الوثيقة(٦٠).

وبناءً عليه؛ فإن للمساندة الاجتماعية في علاقتها بالمعرفة الدوائية وظيفتين إحداهما وظيفة وقائية، والأخرى وظيفة علاجية، فمن الناحية الوقائية تعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الفرد في مواجهة المرض، حيث يؤثر نمط ما يتلقاه الفرد من دعم سواء أكان عاطفيا أم معلوماتيًا أم أدائيا في شد عضده وإثراء خبرته وجعله أكثر إدراكا وتقديرا وواقعية في تقييمه لمرضه وكيفية تعامله مع الأدوية؟ مما يسهم بالتالي في زيادة ثقافته الدوائية وقدراته ومهاراته في مواجهة الاستخدام العشوائي للدواء. وهكذا نجد أنه بمقدار تلقي المساعدة والدعم الاجتماعي يكون التباين في المعرفة الدوائية.

أما من الناحية العلاجية فإن المساندة الاجتماعية بما تتيحه من علاقات اجتماعية تتسم بالحميمية والدفء والثقة، تعمل كحواجز أو مصدات لضغوط الحياة، ومثل هذه العلاقة بالإضافة إلي أنها تمثل مصدرا للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة بما تتيحه من إشباع لحاجاته للأمن النفسي؛ فإنها تزيد من شعوره بهويته وتقديره لذاته، وتعمل علي شحن معنوياته وترفع من مستوي صلابته النفسية واعتقاده في فاعليته وكفاءته

وتعزز ثقته في نفسه، وهي كلها عوامل لا تساعد فقط علي الوقاية من هذه الضغوط وإنما يمكن أن تسهم في الشفاء نتيجة للدعم المعرفي الذي يتلقاه الفرد في فترت العلاج.

وعلى غرار ما تقدم يتضح أن المساندة الاجتماعية والإمداد بالعلاقات الاجتماعية تعد متغيرا هاما في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها الجسمية والنفسية، حيث أثبتت دراسات علمية حديثة الفوائد الصحية للمساندة الاجتماعية على صحة وسلامة العقل والجسم، حيث تشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى أن الأشخاص الذين لا يقيمون علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين ولا يتلقون مساندة اجتماعية هم عرضة أكثر من غيرهم للمشكلات الصحية، حيث يظهر دور الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية في الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض. [٦١]

وفي هذا الصدد تشير نتائج الدراسات المقارنة [٦٢] التي أجريت في مجال الصحة، إلي أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية أو جسمية مزمنة ويتلقون دعما نفسيا أو اجتماعيا يتماثلون بشكل أكبر للشفاء من المرضى الذين لا يتلقون مثل هذا الدعم، كما أنهم كانوا أثناء مرضهم أقوي إرادة وأقل شكوى من الألم.

وبناءً عليه، فإن المساندة الاجتماعية تتعلق باعتقاد الفرد بأن ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات تعتبر مصدرا من مصادر الدعم الفعال، وهي تؤثر في المعرفة الدوائية للفرد ومنها مقدار الجرعة وعدد مرات تناولها

والوقت المناسب لذلك ووسيلة الاستعمال، والممنوعات من الأغذية والأدوية أو أي شيء آخر قد يتعارض مع العلاج أو ينجم عنه الضرر بعد استعمال الدواء، إضافة إلي ضرورة الإقلاع التدريجي عن الدواء، أو إلي عدم تناول الدواء إذا ظهرت أعراض الحساسية أو أي أعراض جانبية أخري.

وبالنظر إلي واقع المساندة الاجتماعية في المجتمع السوهاجي، فنجد أن الأسرة والصيدلي والطبيب أهم مصادر المساندة المعلوماتية للمعرفة الدوائية لدي أبنائه، فقد تبين أن معظم أفراده يتمتعون بنوعية حياة اجتماعية جيدة تسودها العلاقات الاجتماعية القوية التي ظهرت من خلال المساندة المعلوماتية، فلقد أكد معظم أفراد العينة علي أنهم يتلقون مساندة معلوماتية دوائية فيما يتعلق بالدواء وبكيفية استخدامه، وتحديد الجرعة المناسبة، ووسيلة الاستعمال، وعدد مرات التناول للدواء في اليوم الواحد والآثار الجانبية والتفاعلات الدوائية والغذائية للأدوية والفترة الزمنية لاستكمال العلاج بعد الفحص الطبي الشامل من الطبيب، وشرح كيفية استخدام الدواء، ومقدار جرعاته وعدد مرات تناوله وشرح تفاصيل الدواء من الصيدلي، والتذكير بكل ذلك من جانب الأسر.

كما أن معظم أبناء المجتمع السوهاجي علي وعي بمصادر المعرفة الدوائية (الطبيب والصيدلي والأسرة)، فهم يسيرون في الاتجاه الصحيح في الحصول علي المعلومات الدوائية، وهذا ما أكد عليه "ابن حزم" في تناوله لقضية الوعي القصدي، فالوعي هو وعي بشيء ما وليس وعي في ذاته، ومن ثم ربط الفعل بقصديته، وذهب إلي أن القصدية هي التي تحكم أفعال

الأشخاص، وأن تفسير الفعل بقصديته أساس ظاهري، وأن فعل بلا قصدية أو إرادة أو نية لا يندرج ضمن أفعال الانسان في تفاعله وتعاملاته في مواقف الحياة اليومية المعاشة. إذ أن الأعمال بالنيات أي بالقصود "ولكل أمريٍء ما نوي" أي ما قصد(٦٣). وبالتالي فإن معرفة معظم أفراد المجتمع ليست معرفة عشوائية، إنما معرفة تخضع لثلاث مؤثرات رئيسة، هي: الفهم الداخلي: أي استيعاب الفرد لمستلزمات عضويته داخل المجتمع، وامتثال الفرد لأهداف مجتمعه، وخضوع الفرد لما يقدمه البناء الاجتماعي من نوع معرفي يعكس طبيعته عن طريق التنشئة الاجتماعية حتى لا يكون هناك تعارض بين أنا الفرد ونحن المجتمعية وهذا ما أكده "شلير"(٦٤).

فالأسرة في المجتمع السوهاجي تلعب دوراً مهماً في حالة مرض أحد أفرادها في تحديد نوعية العلاج والمعالج أو الطبيب، إذ يكاد يكون هناك اتفاق بين بعض المجتمعات في الطرق والوسائل المتبعة في حالة حدوث مرض، فأول الأمر توجه الأسرة مجهوداتها إلي الالتفاف حول المريض، ومحاولة معرفة الأعراض المرضية منه وما يعانيه بالتحديد، وبعد حصرها لنوعية المرض، تبدأ الاجتهادات في التشخيص، وبعد الاستقرار علي نوعية المرض وغالبا ما يؤخذ برأي رب الأسرة، أو من يتمتع بخبرة لدي الأسرة لتقرير نوعية العلاج "تقليدي أو طب حديث"، وهذا ما أكدته دراسة"عبد الله معمر"(٦٥).

فالأسرة التي تعرف بعض أساليب العلاج وكيفية استخدام الدواء، تحاول أن تعلم أفرادها مبادئ السلوك الذي عليهم اتباعه في مواجهة المرض والتصرف

تجاه الأدوية: من حيث طرق الاستخدام والجرعة وطريق الحفظ وما إلي ذلك. وهذا يتفق مع التوجه النظري ل"شوتز"(٦٦) الذي أكد علي أن جميع الأسر يحملون في عقولهم قواعد وطرق اجتماعية ومفاهيم عن "استخدام الدواء"، وأن لديهم معلومات أخري تسمح لهم بالتصرف في محيط عالمهم الاجتماعي. وأن كل من تلك القواعد والطرق الاجتماعية، والمفاهيم والمعلومات بمثابة مخزون معرفي لدي الفرد، وتلك المعرفة المشتركة هي التي تمنح الأسر الإطار المرجعي أو التوجه الذي يمكنهم من "الاستخدام الأمثل للدواء".

وأن هذه المعرفة المشتركة يتم تعلمها واكتسابها من خلال عملية التنشئة الاجتماعية الأساسية والثانوية، حيث ترتبط التنشئة الاجتماعية الأساسية بسنوات النشأة الأولي، وهي العملية التي يبدأ فيها الأطفال بتحقيق التراكم المعرفي والمهارات المطلوبة ليكون أعضاء في مجتمع ما، وتتم هذه العملية من خلال أنشطة متنوعة ترتبط بأساليب علاج بعض الأمراض، واستخدام الأدوية المرتبطة بأمراض معينة من خلال الملاحظة والتفاعل مع الآخرين، وبذلك تبدأ ثقافة الطفل الدوائية بالتشكيل، وفي حالة تعرض هذه الثقافة للتهديد ستواجه بالمعرفة والثقافة المحصلة من خلال التنشئة المبكرة.

وأن غالبية أبناء المجتمع السوهاجي يتمتعون بعلاقات اجتماعية قوية فهم يتلقون مساندة معلوماتية من الأسر والأطباء والصيادلة، حيث تكمن المساندة في مدى توفر العلاقات الاجتماعية للفرد، حيث تقدم له هذه العلاقات مختلف المساعدات والعون الذي يحتاجه، كما أن للمساندة أهمية كبيرة في حياة

الفرد نظراً لارتباطها الايجابي بالصحة النفسية والجسمية، فهي من جهة تعتبر وسيلة للتخفيف من شدة الضغوط التي يعاني منها الفرد، مما يجعله يكتسب طابعا نفسيا إيجابياً، يتجه نحو تحقيق الصحة النفسية، ومن جهة أخرى يمكن اعتبارها من أهم الأساليب المساعدة على مواجهة الاضطرابات العضوية التي تصيب الفرد والتخفيف من حدة الآثار السلبية التي قد تحدثها هذه الاضطرابات على الأفراد(٦٧).

سادساً– الثقافة الدوائية والأستخدام الأمثل:

يتطلب الاستخدام الأمثل للدواء من الأسر معرفة وفهم وإدراك وتقدير وحسن اطلاع وبحث ودراسة وملاحظة وتأمل ذاتي قائم علي الخبرة والمهارة والقدرة الذاتية، أي: وعي دوائي(٦٨).

كما أن هذا الفهم والوعي يتطلب تثقيف صحي ذاتي يهدف إلى إيصال المعلومات والمهارات الدوائية الضرورية لممارسة الفرد حياته وتغيير بعض السلوكيات لتحسين نوعية هذه الحياة، الأمر الذي ينعكس على صحة الفرد والجماعة والمجتمع، من خلال إدخال تعاليم صحية وسلوكيات سليمة وأنماط حياة تتوافر فيها الصحة والسلامة التي تتماشى مع المجتمعات بما فيها من خصوصيات وتقاليد وعادات خاصة بها، وذلك بهدف تعزيز الخدمات الصحية وزيادة الاستفادة منها من قبل المستفيدين من هذه الخدمات(٦٩).

فمع التقدم المذهل في صناعة الأدوية وتقنيتها، تزايدت أنواع الأدوية المطروحة في الأسواق، وكثر الإقبال علي استعمالها، ظهر بين الناس من

يدعي معرفته الوثيقة بالطب والمداواة، ولذلك نجد الكثيرين يذهبون إلي الصيدليات للحصول علي الدواء بدون روشته طبية، فإذا كان القليل من الأدوية يستطيع الفرد أن يستعملها دون اللجوء إلي الطبيب، فإن هناك عدد كبير من الأدوية لا ينبغي أن يستعملها المريض إلا بعد استشارة الطبيب، لأن المريض إذا استعمل دواء دون روشته طبية؛ فإن هذا الدواء قد يتعارض مع مرضه، أو قد يكون غير مناسب لسنه أو لوزنه أو لجنسه أو لحالته. [٧٠].

بالإضافة إلي ذلك؛ فإن في حالات كثيرة قد يتطلب الأمر فيها أن يعطي الطبيب المريض بعض النصائح بعدم تناول نوعيات من الأغذية أو الأدوية مع الدواء المطلوب لعلاج المرض، فالطبيب هو الذي يحدد الجرعة المناسبة للمريض ووسيلة الاستعمال وعدد مرات تناول الدواء في اليوم الواحد والفترة الزمنية لاستكمال العلاج بعد الفحص الطبي الشامل، وربما تطلبت حالة المريض إجراء تحاليل معملية أو أشعة أو غير ذلك، حتى يستطيع الطبيب تحديد الدواء أو الأدوية المناسبة لعلاج المرض، فإذا كانت مخالفة بند واحد من هذه الإرشادات يمثل مشكلة علاجية أو خطورة علي صحة المريض، فإنه من البديهي أن تتضخم المشكلة وتتفاقم الخطورة إذا لم يؤخذ رأي الطبيب في العلاج[٧١].

ومن هنا، تأتي أهمية الثقافة الدوائية في التصدي للسلوكيات غير الصحيحة المنتشرة بين أفراد المجتمع في استخدام الدواء، كتعاطي الأدوية بدون استشارة الطبيب أو الصيدلي، والتوجه إلى محلات العشابين والعطارين لأخذ

العلاج المناسب، فضلا عن عدم الالتزام بإرشادات الطبيب المختص في تعاطي الأدوية كالوقت المحدد لاستخدام الدواء وعدم التقيد بالجرعة وكذلك تجاهل التحذيرات بشأن الأدوية وطريقة حفظها أو استخدامها بعد انتهاء الصلاحية(٧٢).

فالجهل باستعمال الدواء قد يكون أكثر ضررًا من المرض الذي نعالجه، فهناك مدمني تعاطي الأدوية المقوية(الفيتامينات) التي ليسوا في حاجة إليها، لذا فالثقافة الدوائية مطلوبة للحد من الإسراف في استهلاكنا للدواء أو الانبهار بالدعاية عن الأدوية، فضرر الدواء قد لا يلمسه المريض وقت أو بعد الاستعمال مباشرة، وقد تظهر له عواقب وخيمة مع الوقت، مثل الباراسيتامول وهو دواء مسكن لآلام الصداع ومخفض للحرارة، والذي تلاحقنا إعلاناته في المجلات العالمية تحت اسم بنادول والتيلينول، ويسبب طول مدة استعماله تليفا بالكبد، وكذلك الأسبرين مع طول الاستعمال يسبب تهيجا في المعدة ونزيفا بها، مما قد يتولد عنه قرحة وسيولة في الدم. ورغم هذا تلاحقنا الدعاية عن هذه الأدوية، هذا بالإضافة إلي السلفا التي تعد من الأدوية الشعبية في مجتمعنا، إلا إنها مع طول الاستعمال تسبب تليفا بالكلي(٧٣).

وفي ضوء ذلك؛ يعد للتثقيف والتوعية الدوائية دور هام في توعية الفرد وتزويده بالقواعد الصحيحة لاستخدام الدواء؛ بهدف تلافي المخاطر التي يمكن أن تتسبب عن الاستخدام العشوائي للأدوية، فمما لاشك فيه أن قضية الوعي ونشر الثقافة بشكل عام بين المستهلكين لها دور هام في بناء المجتمع والحضارة وتحقيق التقدم والرقي، وهي من ضمن الثمانية حقوق الأساسية التي

أقرتها الأمم المتحدة عام ١٩٨٥ بالقرار رقم ٣٩/٢٤٨ لحماية المستهلك، والتي تمثلت في: حق الأمان، المعرفة، الاختيار، الاستماع إلى آرائه، إشباع احتياجاته الأساسية ، التعويض، التثقيف، والحياة في بيئة صحية[٧٤].

وبناءً عليه؛ تعد مسالة التثقيف الدوائي وتنمية الأفكار وبناء ثقافة دوائية من الضرورات التي تساعد في بناء إنسان سليم يتمتع بصحة جيدة قادر على تحقيق التنمية المستدامة، حيث أن الجهل باستخدام الأدوية هو أمر في غاية الخطورة، وذلك لتأثيراتها الصحية والاقتصادية والاجتماعية، تلك التأثيرات التي قد تتعدى في أضرارها إلى الأجيال اللاحقة، الأمر الذي يحتم على الدولة اتخاذ إجراءات فاعلة في التوعية الدوائية.

فالاستخدام غير الرشيد للدواء من قبل المجتمع يعود في معظم الأحيان إلى الاتجاه السلوكي والمعتقدات الخاطئة التي يحملها المجتمع، فضلاً؛ عن ضعف ثقافة استخدام الدواء لدى المجتمع، وضمن هذا الإطار أشارت تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن ٥٠% من المرضى لا يتناولون الدواء بالأسلوب الصحيح الذي تم وصفه من قبل الطبيب، كما أن هناك الكثير من المرضى يعتمدون في تناولهم للدواء على مشورة أقاربهم أو أصدقائهم اختصاراً للوقت وتقليلا للنفقات، ويعكس هذا مدي النقص في الثقافة الصحية والدوائية وعدم الالتزام بقواعد الأنظمة الطبية والصحية.[٧٥]

ومن هنا، يأتي دور الوعي الدوائي في حماية الفرد من الانزلاق في المؤثرات السلبية التي تضر به وتحصينه أخلاقياً وسلوكياً، وذلك من خلال

الارتقاء بمستوى الفكر الواعي الذي يفرق بين الخطأ والصواب. وبالتالي فإن في مقدور أي فرد أن يستمد وعيه من عدة مصادر: منها ما هو ديني كالعقيدة والشريعة التي تؤمن بها الأمة، ومنها ما هو اجتماعي: كالأسرة والمدرسة والأصدقاء والحي والمجتمع في قيَمه وعاداته ونظمه وقوانينه ومؤسساته الاجتماعية والحكومية. ومنها ما هو إعلامي: كوسائل الاتصال المسموعة والمرئية والمقروءة. ومنها ما هو شخصي: حيث يعتبر الفرد بما حباه الله من فطرة سليمة وعقلاً قادراً على الوعي والتفكير والتقدير، كمصدرٍ مهمٍ من مصادر الوعي الذاتي إذا فعّل إمكاناته وطاقاته وخبراته السابقة وخرائطه الذهنية ومستويات التفكير والإدراك والقدرة على التحليل والاستنباط واتخاذ القرار بقبول الشيء أو رفضه أو التراجع عنه[٧٦].

فالفرد من خلال الوعي الدوائي يستطيع معرفة وفهم المعلومات الخاصة بالدواء وتفاعلاته وكيفية استخدامه وتخزينه، وبالتالي تكون لديه القدرة على تطبيق هذه المعلومات في الحياة اليومية بصورة مستمرة يكسبها شكل العادة التي توجه قدراته وتحديد واجباته المتزنة المتكاملة التي تحافظ على صحته وحيويته، وذلك في حدود إمكانياته.

كما أن توعية المريض بنوع المرض المصاب به، يساعد المريض في السيطرة علي هذا المرض، وتعلم الكثير عن مرضه وعلاجه للسيطرة علي هذا المرض، فيتعرف المريض علي كيفية تحديد الجرعة، والوقت المناسب لها، ونوع الطعام الذي يتناوله، والآثار الجانبية للدواء، وكيفية التصرف معها.[٧٧]

لذا، يرى "مجدي خضر" أن امتلاك الأسر للوعي الدوائي الكافي سيكون الحل الأمثل في العلاج، ويبعدهم عن مخاطر الإدمان، وأن امتلاك الأسر للوعي الدوائي لا يعني أن يكونوا خبراء في صناعة الأدوية أو أصحاب محلات لبيع الأدوية، وإنما نقصد به أن يمتلكوا القدر الكافي من المعلومات التي تمكنهم من التصرف السليم مع الأدوية ومعرفة طبيعة ومكونات الأدوية وتأثيرها الفعال في الجسم.[٧٨]

وبناءً عليه؛ تكمن أهمية الوعي الدوائي في مدي امتلاك الشخص المقدرة على استعادة الذاكرة لما سجل فيها من معلومات دوائية؛ بحيث يتخطى وعي الفرد حدود المرحلة التعليمية بما يستفيد منه في حياته، حيث تكمن فائدة الوعي الدوائي في معرفة المقصود بالدواء ومسمياته(التجاري- الكيميائي- العلمي)، والتعرف على تصنيفات الأدوية، ومعرفة طرق ودواعي وموانع استعمالها، إضافة إلي إدراك المعلومات التي ينبغي على المريض معرفتها عن الدواء، والتمييز بين الاستعمال الخاطئ والاستعمال الصحيح للأدوية، وأخيرا ربط الأدوية ببعض الأمراض.[٧٩]

لذا إذا أردنا أن نستعمل الدواء الاستعمال الأمثل، فهناك معلومات دوائية ينبغي أن يلم بها كل فرد منا، سواء أكان مريضاً أم سليماً؟ لأن هذه المعلومات تسهم إسهاماً فعالاً في دقة تنفيذ العلاج، وفي وقاية المريض والشخص السليم من الأضرار التي تنجم عن سوء استعمال الدواء أو عدم اتباع الإرشادات المطلوبة علي خير وجه[٨٠].

ولعل من أهم هذه المعلومات ما يتعلق بتنفيذ الإرشادات التي يتلقاها المريض من الطبيب والصيدلي تنفيذا دقيقا، والتي منها مقدار الجرعة، وعدد مرات تناولها، والوقت المناسب لذلك، ووسيلة الاستعمال، والممنوعات من الأغذية والأدوية أو أي شيء آخر قد يتعارض مع العلاج أو ينجم عنه الضرر بعد استعمال الدواء، إضافة إلي ضرورة الإقلاع التدريجي عن الدواء، أو إلي عدم تناول الدواء إذا ظهرت أعراض الحساسية أو أي أعراض جانبية أخري. وكذلك قراءة الإرشادات الموجودة في الروشتة بعناية ودقة، والاستفسار عن أي معلومة غير واضحة أو غير مفهومة من الطبيب أو الصيدلي(٨١).

وهذا لا يمنع كتابة المريض أو الصيدلي معلومات تساعده في تشخيص المرض ووصف العلاج المناسب وتقليل أو منع حدوث الأعراض الجانبية للدواء. وتشمل هذه المعلومات: إذا تعرض المريض لأعراض الحساسية (مثل الطفح الجلدي، تورم الوجه، الأرتيكاريا، ضيق في التنفس) علي أثر تناوله لدواء أو غذاء معين، يجب ذكر اسم الدواء أو الغذاء للطبيب أو الصيدلي، لأن هذه المعلومات تساعد الطبيب في اختيار الدواء المناسب الذي لا يسبب الحساسية، وتحديد أنواع المأكولات أو المشروبات التي يجب ألا يتناولها المريض. إضافة إلي أن يذكر المريض للطبيب كل الأمراض التي يعاني منها المريض، وليس المرض الذي يشكو منه فقط، وكتابة أسماء الأدوية التي يستعملها المريض بما فيها الأدوية التي قد يستعملها بدون روشتة الطبيب، مثل الأسبرين أو أدوية الحموضة، لان ذكر أسماء هذه الأدوية للطبيب أو الصيدلي تساعد علي

تشخيص المرض أو تحاشي الأضرار الجانبية أو التفاعلات الدوائية التي قد تحدث عند وصف دواء آخر[٨٢].

هذا بالإضافة إلى عامل المصارحة، حيث ينبغي علي المرأة في حالات الرضاعة أو الحمل أو الشروع في الحمل مصارحة الطبيب بذلك، لأن هناك أدوية قد تلحق الضرر بالحامل أو الجنين أو الطفل الرضيع. وكذلك إذا كان المريض غير قادر علي شراء جميع الأدوية التي نصح الطبيب باستعمالها، أو لم يتمكن من شرائها أو استعمالها لأي سبب من الأسباب ينبغي علي المريض مصارحة الطبيب بذلك. وأيضا عندما يشعر المريض بأي تعب أو أعراض مرضية بعد استعمال الدواء، يجب أن يتصل بالطبيب أو الصيدلي الذي يقدم النصيحة. أما في حالة انتهاء تاريخ صلاحية أي دواء موجود بالمنزل، يجب التخلص من هذا الدواء، ليس بإلقائه في صندوق القمامة، ولكن بإلقاء محتويات العبوة الدوائية في دورة المياه[٨٣].

ومن هذا المنطلق يجب حفظ الدواء في المكان المناسب، وفي درجة الحرارة التي يتطلبها، وإذا لوحظ أي تغيير في لون أو شكل أو رائحة أو طعم أو حجم المستحضر الدوائي ينبغي عدم استعماله، كما يجب عدم وصف الدواء من قبل الأفراد الذين يعانون مرضاً ما، لغيرهم ممن يعانون من نفس المرض، وذلك لأن الطبيب هو الشخص المنوط بتحديد ما يناسب كل شخص من دواء.

وبالتالي، فعندما يصبح لدى الأسرة ثقافة دوائية ناتجة عن الوعي، فإن ذلك يظهر في سلوك أفرادها، فنجد الأسر في حالة تعاطيها للدواء الذي يؤخذ

قبل تناول الطعام، نجدها تتناوله قبل الطعام بنصف ساعة حتى لا يختلط مع الطعام، ويؤثر الطعام علي معدل امتصاصه، بينما الدواء الذي يؤخذ بعد تناول الطعام: نجدها تتناوله بعد الطعام بشكل مباشر، حتى لا يؤذي الدواء الطبقة المبطنة لجدار المعدة والأمعاء ويؤدي إلي تقرحات شديدة إذا أخذ علي معدة خاوية(٨٤).

وكذالك عند تناول الحبوب أو الكبسولات نجدها تتناولها مع كمية كافية من الماء؛ ليتم إيصالها إلي المعدة بسهولة، ومن ثم يعمل الماء علي إذابتها، وهذا يؤدي إلي سرعة تكسرها وذوبانها ثم امتصاصها وتمثيلها بالدم بسهولة.

أما الأدوية التي تؤخذ علي فترات زمنية متساوية ومتتالية: نجد الأسر الواعية تتقيد بالفترة الزمنية المحددة؛ وذلك لضمان استمرار ثبات مستوي تركيز الدواء في الدم، حتى يتم المفعول الكامل وعدم التعرض لنكسات، أو ترك فرصة لظهور سلالات جرثومية مقاومة للدواء إذا قل تركيزه في الدم، أو أن تمر فترة زمنية بدون الدواء، وفيها يقوم الميكروب بالدفاع عن نفسه، وبهذا يصبح الدواء غير فعال، كما يحدث نتيجة سوء استعمال المضادات الحيوية أو عدم تكملة الجرعة المحددة والانقطاع بمجرد الإحساس بالتحسن قبل تمام الشفاء.

كما نجد الأسر تقوم بخض (برج) الدواء السائل قبل الاستعمال، وخاصة الذي يحتوي على مواد غير ذائبة أو علي هيئة مستحلب أو معلق حتى يتسنى توزيع جميع المواد الفعالة في جميع السائل ويحصل المريض علي جرعة متكاملة ومتساوية من المواد الفعالة.

أما بالنسبة للقطرات، فنجد الأسرة التي لديها وعي تقوم بحفظ قطرات العيون في الثلاجة، وعندما تستعملها تقوم بوضع نقطتين أو ثلاث نقط في المرة الواحدة، مع عدم ملامستها لأغشية وأنسجة العين، حتى لا تنتقل العدوى للعين غير المصابة أو لمريض آخر من الأسرة قد يستعملها. وكذلك بالنسبة لقطرات الأنف: فهي تستعملها في حيز ضيق جدا، وبأقل قدر ممكن ولفترة محدودة من الزمن لا تزيد عن أسبوع، ولا تقوم بإدخال القطارة داخل فتحتي الأنف، مع عدم استعمالها لأكثر من مريض من أفرادها. كما أن الأسر الواعية تكون حذرة أيضا عند استعمالها لقطرات الأذن، حيث لا تستعملها عندما تكون الأذن ملتهبة ويسيل منها إفرزا قيحى، وأنها تقلل من استعمالها خاصة تلك النقط الفوارة التي تحتوي علي ماء الأكسجين؛ لأخطاره الكبيرة علي طبلة الأذن واحتمال اختراقها، وقد ألغي الطب الحديث هذه القطرات.[٨٥]

وبالنظر إلي مستوي المعرفة في المجتمع السوهاجي، نجده يتسم بنوعية حياة معرفية متدنية، حيث أكد غالبية أبنائه علي تدني المستوي المعرفي الدوائي لديهم، إلا إنهم يسيرون في الاتجاه الصحيح باستشارة المختصصين من الأطباء والصيادلة من أجل الحصول علي المعلومات الدوائية، فقد أكدت غالبية أفراده علي أن هناك معلومات دوائية يجب معرفتها قبل استخدام الدواء من أهمها دواعي وموانع الاستعمال والآثار الجانبية والتفاعلات الدوائية، وأن هناك معلومات يجب معرفتها قبل تناول الدواء من أهمها جرعة الدواء، والأعراض الجانبية، وعدد مرات التناول، وأوقات أخذ الدواء.

وأن هذا المستوي المعرفي المتدني الذي يتسم به المجتمع السوهاجي، قد أوجد نوعين من الممارسات الدوائية، أحدهما ممارسات إيجابية سليمة وأخري سلبية خاطئة، وأن تلك الممارسات تختلف من فرد لآخر وفقاً لمخزونه المعرفي، وهذا ما ذهب إليه "شوتز" حينما رأي أن جميع البشر يحملون في عقولهم قواعد وطرق اجتماعية ومفاهيم عن السلوك الملائم، وان لديهم معلومات أخري تسمح لهم بالتصرف في محيط عالمهم الاجتماعي. وأن كل من تلك القواعد والطرق الاجتماعية، والمفاهيم والمعلومات بمثابة مخزون معرفي لدي الفرد، وتلك المعرفة المشتركة هي التي تمنح الناس الإطار المرجعي أو التوجه الذي يمكنهم من تأويل الأحداث كما يمارسونها في العالم المحيط بهم.(٨٦)

وتتمثل الممارسات الايجابية السليمة التي أوجدها ذلك المستوي المعرفي المتدني، في أن معظم أفراد المجتمع تلتزم بأخذ جرعات الدواء المحددة في الموعد الموصي بها، وأن غالبية أفراده لا تزيد من جرعة الدواء إذا لم تشعر بتحسن بدون استشارة الطبيب، وهذا يعني أن غالبية أفراد المجتمع علي وعي بأهمية أستشارة الطبيب في حالة عدم التحسن، حيث يستند الطبيب في تحديد الجرعة المناسبة بناءً علي أسس علمية، منها: سن ووزن ونوع المريض، ووقت وطريقة إعطائها وسرعة إخراجها من الجسم، لذا يجب التقيد بالجرعة الدوائية التي حددها الطبيب، وذلك لأن إنقاص الجرعة يقلل من مستوى الدواء في الدم، أما زيادة الجرعة فقد تؤدي إلى خطر التسمم الدوائي.

كما أن غالبية أفراده حرصين علي زيارة الطبيب في موعد إعادة

الكشف، وهذا يؤكد علي مدي وعيهم بأهمية إعادة الكشف، حيث يترتب علي الإعادة التوقف عن استخدام بعض الأدوية، وتغير بعض أنوع الأدوية، وعمل إشاعات وفحوصات للتأكد من مفعول الأدوية، ومعرفة مدي أستجابة المريض للدواء.

ونظراً لأن كثير من الأدوية تصلح للاستعمال الطبي لسنوات طويلة؛ فإن غالبية أفراد المجتمع تضع الدواء المتبقي من علاجها في صيدلية المنزل أو الثلاجة لأستعماله مرة أخري، وأن ثلث أفراد المجتمع يحتفظون بورقة التعليمات(الروشته) الموجودة داخل علب الدواء بعد الاستعمال سواء بشكل مستمر، بينما الثلث الثاني يحتفظ أحياناً بورقة التعليمات بينا الثلث الأخير لا يحتفظ مطلقاً.

ونظراً لمعرفة الأسر بالآثار السلبية للادوية الكيميائية؛ فإن ما يقرب من نصف العينة تنصح بتناول الفواكه والخضروات والأغذية الطبيعية كعلاج بديل للأدوية الكيميائية؛ بالرغم من أن أكثر من نصف أفراد العينة لم تتعرض هي أو أحد أفرادها أو أحد أصدقائها إلى حالة مرضية بسبب الأستخدام الخاطئ للدواء.

بينما تمثلت الممارسات السلبية الخاطئة في أن غالبية أفراد المجتمع يتوقفون عن أخذ الدواء في حالة تماثلهم للشفاء سوء بشكل مستمر أو أحياناً، وهذا يدل علي أن غالبية أفراد العينة ليس لديهم وعي تام بخطورة التوقف عن الدواء في حالة تماثلهم للشفاء، حيث تكمن خطورة التوقف عن أخذ الدواء وعدم تكملة كرس العلاج يجعل المرض يستعيد قوته لينقض مجددا، ونفس الشيء يقال

عند الاستمرار في تناول الدواء لمدة تتجاوز تلك التي حررها الطبيب على الوصفة.

كما أن أكثر من ثلثي أفراد المجتمع يقدم النصح للآخرين باستخدام الأدوية في ضوء تجاربها الشخصية سوء بشكل مستمر أو أحياناً، ويعد هذا تصرف خاطئ نظراً لاختلاف الحاجة إلي الدواء من فرد لآخر، حيث تتأثر فاعلية الدواء في المقام الأول بمقدار الجرعة التي يتناولها المريض وبطريقه استعمال المريض للدواء، وقد تتأثر بعوامل أخري، منها ما يتعلق بمدي أتباع المريض للإرشادات الطبية، ومنها ما يتعلق بجسم المريض مثل وزن وعمر ونوع المريض، والحالة الصحية والنفسية للمريض، واحتمال وجود بعض الأمراض الوراثية التي تقلل من فاعلية الدواء، أو تساعد علي زيادة فاعليته وأثره السام.

ومن هذا المنطلق فقد أكدت غالبية أفراد المجتمع السوهاجي علي أن أهم الأخطاء الشائعة التي يمكن أن يقع فيها المريض عند تناول الدواء، تتمحور حول عدم أتباع إرشادات الطبيب أو الصيدلي، نظراً لأن الدواء ليس مثل السلع الاستهلاكية الأخري، حيث تتمتع السلع الدوائية بخصائص تجعل استهلاكها يخضع لقواعد استعمال. وأن غالبية أفراد العينة تلجأ أحياناً إلي شراء الأدوية من الصيدليات دون استشارة الطبيب، أي إلي التداوي الذاتي، وأن من أهم الأدوية التي يمكن استخدامها بدون استشارة الطبيب هي أدوية البرد والسعال لدي غالبية أفراد العينة. وأن سبب تفضيل دواء عن غيره لدي ما يقرب من نصف العينة

تمثل في: تجاربها واستعمالاتها السابقة للدواء وتأثير المتسهلكين المجرّبين لنوع الدواء بدلاً من المعرفة العلمية من الاطباء والصيادلة.

مناقشة وتعقيب– رؤية مقترحة حول ثقافة المستهلك الدوائية:

من أجل رفع مستوي ثقافة ووعي المستهلك يجب إتباع الآتي:

- أن يدخل موضوع الثقافة الدوائية في مناهجنا التعليمية بدءً من الدراسة الإبتدائية، حيث يجب أن يكون هناك وعي بتعويد الفرد علي أن يتقدم إلى الصيدلي ويسأله عن اسم الدواء، تركيزه، طريقة استخدامه، في الحالات المرضية المختلفة، فهذه الرسالة حتى تصل إلي المجتمع بمختلف شرائحه يجب أن يتم تفعيلها في المدارس والمعاهد والكليات. هذا جانب، ومن جانب ثاني، رفع مستوى الوعي الدوائي فيما يتعلق بالمخاطر التي يمكن ان تنجم عن الاستخدام الخاطئ للأدوية والتداوي بالأعشاب.
- تشكيل لجان مراقبة وتفتيش من وزارة الصحة للقيام بحملات على الصيدليات والعاملين الصحيين وتشكيل لجان محلية تضم أطباء وصيادلة للعمل بشكل دوري في التوعية حول المخاطر الناجمة عن الاستخدام العشوائي للأدوية، خصوصا أدوية المضادات الحيوية. كما يجب أن يكون هناك تعاون فيما بين وزارة الصحة ووزارة التعليم العالي لإجراء البحوث والدراسات الوبائية حول سوء استخدام المضادات الحيوية.
- التنسيق والتعاون فيما بين وزارة الصحة ووزارة الداخلية لاستحداث جهاز للرقابة الدوائية وتفعيل دور دائرة الامن الاقتصادي.

- تعد وسائل الاعلام -بمختلف انواعها- هي الوسيلة المثلى لتفادي الأخطاء الدوائية، لذا يجب عليها التركيز في تلك الوسائل على تقديم البرامج الدوائية التثقيفية، بهدف زيادة مستوى الوعي الدوائي لدى الفرد ويجب ان تكون تلك البرامج متنوعة ومبسطة يفهمها المستهلك مهما كانت ثقافته بمعنى تلامس وتؤثر في شريحة واسعة في المجتمع
- رفع كفاءة سلوكيات تعامل الأباء والامهات الصحي السليم مع الحالات المرضية التي يتعرض لها أطفالهم، وهذا بطبيعة الحال يقتضي نشر الثقافة الدوائية من خلال الوسائل الاعلامية.
- توفر صيدلية في المنزل تحتوي على مواد واجهزة بالقدر المطلوب بمعنى ادوية خاصة بالاسعافات الاولية فقط دون أن تحتوي على أدوية أو عقاقير طبية استخدمت أو خُزنت لاغراض معينة، اذ لا مجال لاستخدام الادوية الا باستشارة الطبيب او الصيدلي، والانتباه الى وضع صيدلية المنزل في المكان المناسب وبعيدا عن متناول الاطفال.
- يلعب الصيادلة دورا أساسيا في تثقيف المرضى وتوعيتهم بجميع الجوانب المتعلقة بالدواء بما فيها كيفية الاستخدام والآثار الجانبية المتوقعة والجرعة المناسبة والفاصل الزمني بين جرعة وأخرى إضافة إلى طريقة حفظ الدواء. وبناءً عليه، يجب أن يكون هناك توعية لنشر مثل هذه الثقافة بين الصيادلة والتاكيد عليهم بتوعية المريض لرفع مستوى الثقافة الدوائية في المجتمع.
- تصحيح بعض السلوكيات الغير مقبولة والمتعلقة بالمداواة الذاتية وتخزين

الأدوية في المنازل.

- ترسيخ مفهوم الاستخدام الرشيد للدواء لدى افراد المجتمع من خلال الأجهزة الاعلامية والاضرار الناجمة عن سوء استخدامها.
- من المهم حفظ الادوية بطريقة ملائمة ومنها حفظها بعيدا عن متناول الاطفال وحفظها بعيدا عن الحرارة واشعة الشمس المباشرة وعدم حفظ الكبسولات والحبوب في الحمام او المطبخ او الأماكن الرطبة مراعاة عدم تجميد الأدوية السائلة وعدم حفظ الادوية في الثلاجة إلا إذا نصحت بذلك، وعدم ترك الدواء في السيارة لمدة طويلة، والتخلص من الادوية منتهية الصلاحية أو التي لم يعد هناك حاجة لاستخدامها.
- العمل علي الوعي بترشيد استهلاك الأدوية، والحد من استهلاك المواطنين للعديد من العقاقير دون الرجوع إلى الطبيب.
- يجب القيام بتشديد الرقابة علي تداول الدواء، ووضع رقابة مشددة لمنع الأدوية المغشوشة والمهربة التي يتم بيعها في بعض العيادات الطبية، وعلي الأرصفة ومن خلال الإعلانات التلفيزيونية، وضرورة أن يتوخي المريض الحزر من شراء أي دواء مجهول المصدر خاصة تلك التي يتم الإعلان عنها في الفضائيات نظراً لخطورتها وعدم ترخيصها من وزارة الصحة.
- مراقبة الدولة لجودة الدواء للتأكد من إنخفاض الأثار الجانبية للدواء بدءاً من تسجيل الأدوية الجديدة، ومراقبة عمليات الإنتاج في المصنع، وانتهاءً بعمليات التخزين وخروج الدواء للأسوق.

- إنتشاء جهاز لمراقبة أسعار الدواء وتوفير الدواء للأمراض المنتشرة في مصر مثل أمراض البلهارسيا والكلي والكبد والسكر، ويكون للجهاز الحق في تحديد أسعار الدواء طبقاً لما تقتضيه ظروف الدولة، حتي يتمكن المواطنون الفقراء من شراء هذا الدواء.
- ضرورة النص صراحةً علي الحد الأدني من البيانات التي ترفق بالمنتج الدوائي، بحيث تشمل علي مكوناته وخصائصه وطريقة استعماله والتحذير من مخاطره والاحتياطات اللازمة لتلاقي هذه المخاطر. فضلاً عن النص علي وجوب تحرير هذه البيانات باللغة العربية إلي جانب عدد من اللغات شائعة الانتشار، سواء أكان المنتج مصنعاً محلياً أو مستورداً، وتقرير عقوبة رادعة في حالة مخالفة الالتزام بكتابة بيانات الدواء سواء من حيث الموضوع أم الشكل.
- ضرورة وجود دعم حكومي لأسعار الأدوية التي تباع في السوق، ليتمكن كل المواطنين من شرائها، وضرورة إعادة النظر بالتشريعات القانونية التي تنظم عمل الصيدليات، وكيفية تداول الأدوية، كذلك ضرورة إنشاء قناة فضائية صحية تديرها وزارة الصحة لنشر الوعي الصحي والدوائي لدى المواطنين، بالإضافة إلى ضرورة تفعيل الرقابة الحكومية على الأدوية الموجودة في السوق.
- يجب عمل مزيد من البحوث والدراسات العلمية حول كل من:

✓ المتغيرات الاجتماعية المرتبطة بإحجام بعض الأسر عن تلقي الخدمة الطبية في المستشفيات الحكومية.

- ✓ الخصخصة وعلاقتها بتدني الخدمات الصحية في المستشفيات الحكومية.
- ✓ ووسائل الإعلام والترويج للمنشطات الجنسية.
- ✓ العولمة وتدويل استهلاك مستحضرات التجميل.
- ✓ الأفراط في الاستهلاك الدوائي.
- ✓ عوامل تشكيل الوعي الدوائي.
- ✓ غياب المعرفة الدوائية من المناهج الدراسية.
- ✓ ارتفاع اسعار الدواء – الأسباب والآثار.
- ✓ ادمان الدواء لدي سائقي النقل العام.
- ✓ التوكتوك وإدمان المنشطات.
- ✓ مافيا الدواء في الوطن العربي_ مصر إنموذجاً.
- ✓ الأهمال في القطاع الصحي الحكومي.
- ✓ الثقافة الدوائية في الحياة اليومية.
- ✓ الأطباء ومحاربة الطب الشعبي. أسباب تأخر إنتشار الطب البديل لدي الأسر المصرية.

هوامش الفصل الرابع

(١) كامل حسن وتيسير عبد الله: نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية. مجلة علم النفس، العددان(٨٨/٨٩)،القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، يناير – يونيه ٢٠١١، ص٦٤

(٢) خميس بن سالم الراسبي: تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جودة حياة المتعلمين بمدارس السلطنة. وقائع جودة علم النفس وجودة الحياة جامعة السلطان قابوس، مسقط ، ١٧-١٩ ديسمبر ٢٠٠٦، ص١٣٣.

(3)World Health Organization: Programme On Mental Health. Measuring Quality of Life, The World Health Organization Quality of Life Instruments, (The WHOQOL-100 And The WHOQOL-BREF).1997,p.1.

(٤) خميس بن سالم الراسبي: مرجع سابق. ص١٣٣.

(٥) عويد سلطان وأمثال هادي: الفرق بين نوعية الحياة لدي طلبة جامعة الكويت وفق الجنس والحالة الصحية. المجلة التربوية، جامعة الكويت، العدد(١٠٤) الجزء الأول، المجلد(٢٦) ، سبتمبر ٢٠١٢، ص ص٢٣.

(٦) علي المكاوي وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي.عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع،١٩٩٨، ص٩١.

(٧) محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٤، ص ١٣٦.

(٨) محمد علي محمد وآخرون:المرجع السابق. ص ص ١٣٩-١٤٠.

(٩) حسن أحمد الخولي: الإبداع في مجال الممارسات العلاجية الشعبية. في محمد الجوهري "محررا" مقدمة في دراسة التراث الشعبي المصري، القاهرة، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية، ٢٠٠٦، ص ٢٢٣.

(١٠) محمد عباس إبراهيم: الثقافة الشعبية الثابت والمتغير. الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ٢٠١٣، ص٢٠٠.

(١١) عبد الفتاح محمد المشهداني: الطب الشعبي والطب العلمي – دراسة وصفية تحليلية. مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٣٤) ،٢٠١١م، ص ٤.

(١٢) حسن أحمد الخولي: الإبداع في مجال الممارسات العلاجية الشعبية. مرجع سابق، ص ٢٢١.

(١٣) محمد عباس ابراهيم: الطب الشعبي والمعتقدات الشعبية– دراسة في الانثربولوجيا الطبية في مجتمع الإمارات العربية المتحدة. السلسلة السوسيو أنثروبولوجية، الكتاب السابع، الإمارات، مؤسسة العين للإعلان والنشر والتوزيع، ١٩٨٩، ص ص ٦١–٦٢.

(١٤) عبد الرازق صالح محمود: الطب الشعبي في الأسواق.دراسة ميدانية في مدينة الموصل، مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٢٣)، شباط ٢٠٠٩، ص ص١٢٦،١٢٥.

(١٥)عبد الرزاق صالح محمود :طرائق العلاج الشعبي في مدينة الموصل. مجلة موصليات. مركز دراسات الموصل، جامعة الموصل، العدد (٣٦) كانون الأول ٢٠١١، ص ٢٩.

(١٦) سامية حسن الساعاتي: مرجع سابق. ص٧٢.

(١٧) مصطفى خلف عبد الجواد: قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع. مرجع سابق، ص١٥١.

(١٨)علا بهجت إبراهيم: الصناعات الدوائية وتفعيل دورها في الاقتصاد الوطني في سورية. رسالة ماجستير، قسم الاقتصاد والتخطيط، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، سوريا،٢٠١٤، ص٢٩.

(19)Marilyn A. Wnkleby et al. :Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease. American Journal of Public Health, June 1992, Vol. 82, No. 6 ,p816.

(٢٠) بهاء الدين إبراهيم سلامه: الصحة والتربية الصحية. القاهرة، دار الفكر العربي، ١٩٩٧، ص٢٠٧.

(٢١)علي المكاوي وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي. مرجع سابق، ص ص ١٠٥ –١٠٨.

(٢٢)عبد الله معمر: الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن – دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج.القاهرة، مكتبة مدبولي، ١٩٩٩، ص ص ١٨٦–١٨٧.

(٢٣) عبد الحكيم عبد الله النسور: الأداء التنافسي لشركات صناعة الأدوية الأردنية في ظل الانفتاح الاقتصادي. رسالة دكتوراه، قسم الاقتصاد والتخطيط، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، الجمهورية العربية السورية، ٢٠٠٩، ص٢٨.

(٢٤)عبد الله معمر: الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن . مرجع سابق، ص ١٨٦.

(٢٥) حسن أحمد الخولي: الإبداع في مجال الممارسات العلاجية الشعبية. مرجع سابق، ص٢١٨.

(٢٦)هناء محمد الجوهري :مرجع سابق، ص ٦٠.

(٢٧) علياء شكري وآخرون: الحياة اليومية لفقراء المدينة–دراسات اجتماعية واقعية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥، ص٧٨.

(٢٨) عبد الرازق صالح محمود: الطب الشعبي مهنة عائلية متوارثة في مدينة الموصل – دراسة انثروبولوجية، مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٣٥)،٢٠١٢، ص١٣٩.

(٢٩) مارغريت تشان "تقديم": استراتيجة منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) ٢٠١٣–٢٠١٤. منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣، ص١٥.

(٣٠) علياء شكري وآخرون: الحياة اليومية لفقراء المدينة–دراسات اجتماعية واقعية. مرجع سابق، ص٧٩.

(٣١) حسن أحمد الخولي: الإبداع في مجال الممارسات العلاجية الشعبية. مرجع سابق، ص ٢١٨.

(٣٢) محمد جودة ناصر وآخرون: مرجع سابق. ص١٠٣.

(33) World Health Organization: Management of Drugs at Health Centre Level. Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004,p 3.

(٣٤) فايز مراد مينا: التعليم في مصر الواقع والمستقبل حتي عام٢٠٢٠م. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية،٢٠٠١، ص٤٢.

(٣٥) حماني فضيلة: مؤسسات التعليم العالي وتشكيل مجتمع المعرفة- جامعة ورقلة نموذجا. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، الجزائر،٢٠١٤،ص٧٨.

(٣٦) ناهد رمزي وأخرون: العدالة الاجتماعية في التعليم ما قبل الجامعي. المجلد الثاني: بعض مخرجات العملية التعليمية (القدرات الابداعية- المهارات الحياتية)، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠٠٥، ص٧.

(٣٧)عبد الرازق صالح محمود: أثر التعليم في التنمية الصحية في مدينة الموصل –دراسة ميدانية. مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٣٤) ،٢٠١١م، ص ١٧- ٢١..

(38) World Health Organization: Management of Drugs at Health Centre Level. Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004,p 10-29.

(٣٩) عمر خير الدين: التسويق والإستراتيجيات. القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧، ص ص ١٢٠-١٢١.

(٤٠) مها سليمان محمد: ترشيد المستهلك والاستهلاك وتحديات المستقبل. دبي، دار القلم للنشر والتوزيع، ١٩٩٩، ص١١١.

(٤١)عبد الله معمر: الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن. مرجع سابق، ص ١٠٦.

(42)Marilyn A. Wnkleby et al. :Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease. American Journal of Public Health, June 1992, Vol. 82, No. 6 ,p.819.

(٤٣) بهاء الدين إبراهيم سلامه: الصحة والتربية الصحية. القاهرة، دار الفكر العربي، ١٩٩٧، ص٢٠٨.

(٤٤) شبل بدران: مرجع سابق. ص ١٣٩.
(٤٥) السيد علي شتا: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الثاني: مرجع سابق، ص٣٧٥.
(٤٦) مسيلي رشيد وآخرون: أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطال. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، العدد الثاني، جوان٢٠١١، ص١.
(٤٧) محمد محروس الشناوي، ومحمد السيد عبد الرحمن: المساندة الاجتماعية والصحة النفسية- مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية،١٩٩٤، ص٢.
(٤٨) محمد بيومى خليل: المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم- لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت. مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، السنة العاشرة، العدد (٣٧) يناير/فبراير/ مارس ١٩٩٦، ص ٨٥.
(٤٩) السيد محمد أبو هاشم :النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة.جامعة بنها، مجلة كلية التربية، المجلد (٢٠)، العدد(٨١) يناير ٢٠١٠ ،ص ٢٨٠.
(٥٠) ماهر يوسف المجدلاوى: مصادر الاحتراق النفسي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من السائقين. مجلة جامعة الأقصى، سلسلة العلوم الإنسانية، المجلد (١٨)، العدد(٢) يونيو 2014 -.ص ٢١٦.
(51)Krzysztof Kaniasty: Social Support and Traumatic Stress. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. Disorder PTSD Research Quarterly, Indiana University of Pennsylvania, Poland, VOL 16, NU 2 , Sprig, 2005,p.1. www.ncptsd.va.gov.
(52)Robin Goodwin et al. :Social support and its consequences: ‘Positive’ and ‘deficiency’ values and their implications for support and self-esteem.

British Journal of Social Psychology, Brunel University, UK (2004), 43, pp. 1–10. www.bps.org.uk.

(٥٣) شيماء أحمد محمد الديدامونى: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين. رسالة ماجستير، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق، ٢٠٠٩، ص٩.

(٥٤) فواز أيوب المومني، ورافع عقيل الزغول: الدعم الاجتماعي المدرك لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان الإرهابية. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، المجّلد(٢)، العدد(٣) 2009 ، ص٣٤٢.

(55) Gunter .B. and Furnham .A.: "Children Consumers – A psychological Analysis of The Young People's Market". London, Routledge, 1998, P. 13.

.

(56) Semin .G.R. And Fiedler .K: "Applied Social Psychology" .London, Sage Publications, 1996, P.186.

(57) Peter .J.P. And Olson .J.C. :"Consumer Behavior And Marketing Strategy ". 4Th. Ed., London, Irwin, 1996, Pp., 460- 461.

(٥٨) مها سليمان محمد: ترشيد المستهلك والاستهلاك وتحديات المستقبل. مرجع سابق، ص٣٣.

(٥٩)عز الدين الدنشاري: الاستخدام الأمثل للدواء له أصوله وقواعد. مرجع سابق، ص ص ٥٠- ٥٤.

(٦٠) نسرين بنت صلاح بن عبد الرحمن: تقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من مجهولى الهوية ومعروفي الهوية من الذكور والإناث بمنطقة مكة المكرمة. رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية،٢٠٠٨، ص٤٣.

(٦١) شهرزاد نوار: دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، الجزائر، العدد (١٣)، ديسمبر٢٠١٣، ص١٤٤.

(٦٢) من هذه الدراسات:

- بندر بن محمد حسن الزيادي العتيبي: اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينه من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف. قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة ام القري السعودية، ١٤٣٩، ص٤٥.
- مروان عبد الله دياب: دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. رسالة ماجستير،قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة ، ٢٠٠٦ م.
- نبيلة باوية: الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدي النساء المصابات بسرطان الثدي، دراسة ميدانية علي عينة من النساء بمستشفي محمد بوضيان- ورقلة. رسالة دكتوراه، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، ٢٠١٣.
- J. S. House, D. Umberson, and K. R. Landis :Structures And Processes Of Social Support. Survey Research Center and Department of Sociology, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, Annual Reviews Inc, 1988, pp.293-318.

(٦٣) السيد علي شتا: علم الاجتماع عند ابن حزم. مرجع سابق، ص٨٩.

(٦٤) نهلة ابراهيم: مرجع سابق. ص١٣٢.

(٦٥) عبد الله معمر: مرجع سابق. ص١٧٨.

(٦٦) السيد علي شتا: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الأول: المدخل إلي علم الاجتماع الظاهري. مرجع سابق، ص٤٢٩.

(٦٧) قنون خميسة: مرجع سابق. ص١٦.

(٦٨) سناء مسودة: مدي توافر متطلبات رأس المال المعرفي(البشري، الهيكلي، الزبائني) لتحقيق الميزة التنافسية ومعوقات توافرها- دراسة ميدانية في قطاع الصناعات الدوائية الأردنية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، مجلد ٢٥، العدد(٤)، ٢٠١١، ص٩٣٩.

(٦٩) أحمد ريان باريان: دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض- دراسة ميدانية. ماجستير، قسم الإعلام، كلية الآداب – جامعة الملك سعود" ، ١٤٢٥ هـ. ص٥٠.

(٧٠) عز الدين الدنشاري: الدواء والأسرة. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠١٥، ص ص ١٧-١٨.

(٧١) عز الدين الدنشاري: الاستخدام الأمثل للدواء له أصوله وقواعد. مرجع سابق، ص١٤.

(٧٢) سهام كامل وآخرون: مرجع سابق. ص٥١.

(٧٣) احمد محمد عوف: أنت والدواء. سلسلة العلم والحياة، العدد (٤٢)،القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٤،ص٦.

(74) Department of Economic and Social Affairs: United Nations Guidelines for Consumer Protection. United Nations, New York, 2003, pp.1-11.

(٧٥) سهام كامل وآخرون : مرجع سابق. ص٥١.

(٧٦) محمد سعيد الحلبي: الوعي الذاتي في مواجهة المؤثرات السلبية في إطار التنمية البشرية. مجلة الباحثون ، سوريا، العدد(٦١) تموز ٢٠١٢. ص٢.

(٧٧) احمد محمد عوف: أنت والدواء. مرجع سابق، ص٥٩.

(٧٨) مجدي خضر شعبان: برنامج مقترح لإكساب الوعي الدوائي لطلبة التاسع بغزة . رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، ٢٠٠٧. ص٢٣.

(٧٩) مجدي خضر شعبان: المرجع السابق. ص٢٣.

(٨٠)عز الدين الدنشاري: الاستخدام الأمثل للدواء له أصوله وقواعد. مرجع سابق، ص ص ٥٠-٥٤.

(81)World Health Organization: Management of Drugs at Health Centre Level. Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004, p.29.

(٨٢) حسام الدين أبو السعود: مرجع سابق. ص ٩.

(٨٣) محمود ياسين، عبد الرحمن العوضي: مرجع سابق. ص ص٢١-٢٣.

(٨٤) سمر راضي عرفات: إرشادات في تناول الدواء، الطب والحياة، مجلة الأمن والحياة، جامعة نايف للعلوم الامنية، السعودية، العدد (٣٤٦) يوليو/ اغسطس ٢٠١٢ ، رمضان ١٤٣٣هـ ، ص ص ٧٠ –٧٤.

(٨٥) سمر راضي عرفات: إرشادات في تناول الدواء، الطب والحياة. المرجع السابق ، ص ص ٧٠ –٧٤.

(٨٦) السيد علي شتا: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الأول: المدخل إلي علم الاجتماع الظاهري. مرجع سابق، ص٤٢٩.

أهم المراجع العربية والاجنبية

١- المراجع العربية:

أولاً- المعاجم والموسوعات:

١- جوردن مارشال: موسوعة علم الاجتماع، المجلد الثالث، ترجمة: محمد الجوهري وآخرون، القاهرة، المجلس الأعلى للثقافة، ٢٠٠١.

٢- راشد البراوي: الموسوعة الاقتصادية. ط ٢، القاهرة، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٨٧.

٣- مجمع اللغة العربية: المعجم الوسيط. ط٤، القاهرة، مكتبة الشروق الدولية، ٢٠٠٤.

٤- محمد عاطف غيث: قاموس علم الاجتماع. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٥.

ثانياً- الكتب العربية:

٥- أحمد زايد وآخرون: الاستهلاك في المجتمع القطري - أنماطه وثقافته. الدرجة، مركز الوثائق والدراسات الإنسانية،١٩٩١.

٦- أحمد زايد وآخرون: الاقتصاد والمجتمع- وجهة نظر علم الاجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعة، ١٩٨٩.

٧- أحمد زايد: علم الاجتماع ودراسة المجتمع- المداخل النظرية. القاهرة، بدون دار نشر، ٢٠٠٦.

٨- أحمد ضياء الدين زيتون: مبادئ على الاقتصاد. الإسكندرية، المكتب الجامعي الحديث، ٢٠٠٢.

٩- أحمد مجدي وآخرون: المجتمع الاستهلاكي ومستقبل التنمية في مصر، القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، ٢٠٠٢.
١٠- أيمن علي عمر: قراءات في سلوك المستهلك. الرياض، دار النشر الدولي، ٢٠٠٦.
١١- بسام الحلاق وربي السعيد: علم الدواء الحديث. عمان، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، ٢٠٠٥.
١٢- بشير العلاق: التسويق الصيدلاني. عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧.
١٣- بهاء الدين إبراهيم سلامه: الصحة والتربية الصحية. القاهرة، دار الفكر العربي،١٩٩٧.
١٤- جمال العيفة: الثقافة الجماهيرية- عندما تخضع وسائل الإعلام والاتصال لقوى السوق. عنابة، مديرية النشر، ٢٠٠٣.
١٥- حازم الببلاوي: علي أبواب عصر جديد. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٧.
١٦- حسام الدين أبو السعود: الدواء شفاء وداء. الرياض، مطابع الأفست بشركة الإعلانات الشرقية، ١٩٩٦.
١٧- حسنية موسي: الدواء والمداواة بين الماضي والحاضر والمستقبل. سلسلة دنيا العلم، الكتاب التاسع، القاهرة، المكتبة الأكاديمية، ٢٠٠٤.

١٨- خالد كاظم: رأس المال الاجتماعي- آفاق جديدة في النظرية الاجتماعية. القاهرة، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، ٢٠١٤.
١٩- دينا مفيد على حسن واعتماد محمد علام: العمل الحرفي ونوعية الحياة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠٠٨.
٢٠- الراغب الأصفهاني: المفردات في غريب القرآن.الجزء الأول، تحقيق:مركز الدراسات والبحوث بمكتبة نزار مصطفى الباز، بيروت، مكتبة نزار مصطفى الباز، ٢٠٠٩.
٢١- ربيع محمود على نوفل: اقتصاديات الأسرة وترشيد الاستهلاك. الرياض، دار الناشر الدولي، ٢٠٠٦.
٢٢- سامي عبد القوي: مقدمة في علم الأدوية النفسية. القاهرة، مكتبة النهضة المصرية،١٩٩٦.
٢٣- سامية حسن الساعاتي:الثقافة والشخصية "حوار لا ينتهي. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠٠٩.
٢٤- سعاد عثمان: الطب الشعبي- دراسة في اتجاهات التغير الاجتماعي في المجتمع المصري، القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، ٢٠٠٢ .
٢٥- سمير احمد نعيم: النظرية في علم الاجتماع – دراسة نقدية. ط٣، الإسكندرية، دار المعارف، ١٩٨٢.
٢٦- السيد عبد العاطي السيد: علم اجتماع المعرفة. الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٣.

٢٧- ______________:النظرية في علم الاجتماع. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٥.

٢٨- السيد علي شتا: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الأول: المدخل إلي علم الاجتماع الظاهري. الإسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤.

٢٩- _________: سلسلة علم الاجتماع الظاهري، الكتاب الثاني: المنظور الظاهري لعلم الاجتماع. الإسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤.

٣٠- _________: علم الاجتماع عند ابن حزم. الاسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤.

٣١- _________: نظرية علم الاجتماع. الإسكندرية، المكتبة المصرية، ٢٠٠٤.

٣٢- السيد محمد الرامخ:علم الاجتماع الاقتصادي- دراسات نظرية وتطبيقية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٨.

٣٣- شبل بدران: التعليم والحرية – قراءات في المشهد التربوي المعاصر. تقديم: حامد عمار، القاهرة، الدار المصرية اللبنانية، ٢٠١١.

٣٤- شحاته قنواتي: تاريخ الصيدلة والعقاقير في العهد القديم والعصر الوسيط. ط٢، بيروت، أوراق شرقية للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٦.

٣٥- طارق الحاج: علم الاقتصاد ونظرياته. عمان، دار الصفاء للنشر والتوزيع، ١٩٩٨.

٣٦- طاهر حيدر حيدران: مبادئ الاقتصاد. عمان، دار المستقبل للنشر والتوزيع، ١٩٩٧.

٣٧- طه نجم: علم اجتماع المعرفة- دراسة في مقولة الوعي والأيديولوجية. الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٨.
٣٨- عباس علي محمد: مسئولية الصيدلي المدنية عن أخطائه المهنية- دراسة مقارنة. عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ١٩٩٩.
٣٩- عبد الباسط محمد حسن: أصول البحث الاجتماعي. ط ١١، القاهرة، مكتبة وهبة، ١٩٩٨.
٤٠- عبد الرحمن عقيل وعز الدين الدنشاري: التثقف الدوائي. الرياض، عمادة شئون المكتبات، ١٩٨٧.
٤١- عبد الله محمد عبد الرحمن: النظرية في علم الاجتماع – النظرية الكلاسيكية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٣.
٤٢- عبد الله معمر: الطب الشعبي والتطور الاجتماعي في اليمن "دراسة لعلاقة البناء الاجتماعي بطرق العلاج". القاهرة، مكتبة مدبولي، ١٩٩٩.
٤٣- عبد الهادي الجوهري: أسس علم الاجتماعي. ط١٠، الإسكندرية، المكتبة الجامعية، ٢٠٠٢.
٤٤- عبير محمد على عبد الخالق: العولمة وأثرها على الطلب الاستهلاكي في الدول النامية مع الإشارة إلى وجهة النظر الإسلامية. الإسكندرية، دار الجامعة الجديدة، ٢٠٠٧.
٤٥- عز الدين الدنشاري: الدواء والأسرة. القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠١٥.

٤٦- على عبد الرازق جلبي وآخرون: تصميم البحث الاجتماعي - بين الإستراتيجية والتنفيذ. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٢.
٤٧- علي المكاوي وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي في الوطن العربي.عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ١٩٩٨.
٤٨- علي كنعان: الاستهلاك والتنمية. سوريا، جمعية العلوم الاقتصادية السورية، ٢٠٠٧.
٤٩- علي ليلة: النظرية الاجتماعية وقضايا المجتمع- صراع الحضارات علي ساحة المرأة والشباب. الكتاب الثاني، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ٢٠١٥.
٥٠- ______: موقع مدرسة فرانكفورت على خريطة النقد الاجتماعي - مكانتها وإسهامها. سلسلة كتاب قضايا فكرية، الكتاب التاسع والعاشر، القاهرة، دار الثقافة الجديدة، نوفمبر، ١٩٩٠.
٥١- علياء شكري وآخرون: الحياة اليومية لفقراء المدينة-دراسات اجتماعية واقعية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٥.
٥٢- عمر خير الدين: التسويق والإستراتيجيات. القاهرة، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧.
٥٣- غريب محمد سيد: تصميم وتنفيذ البحث الاجتماعي. الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٣.
٥٤- غسان حجازي وآخرون: علم الدواء. عمان، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٧.

٥٥- فاديه عمر الجولاني: دراسات حول الأسرة العربية. القاهرة، المكتبة المصرية، ١٩٩٣.
٥٦- فايز مراد مينا: التعليم في مصر الواقع والمستقبل حتي عام٢٠٢٠م. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية،٢٠٠١.
٥٧- كامل صكر القيسي: ترشيد الاستهلاك في الإسلام. دائرة الشؤون الإسلامية والعمل الخيري بدبي: الإمارات العربية المتحدة، ٢٠٠٨.
٥٨- محمد أحمد الأفندي: النظرية الاقتصادية الكلية – السياسة والممارسة. صنعاء، دار الأمين للنشر والتوزيع،٢٠١٢.
٥٩- محمد الجوهري وآخرون: مقدمة في دراسة التراث الشعبي المصري، القاهرة، عين للدراسات والبحوث الإنسانية والاجتماعية، ٢٠٠٦.
٦٠- محمد الجوهري وحسن حنفي (محررين): التراث والتغير الاجتماعي، الكتاب الأول، الإطار النظري وقراءات تأسيسية: القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، ٢٠٠٢.
٦١- محمد جودة ناصر وآخرون: الأصول التسويقية في إدارة المحلات والمؤسسات التجارية. عمان، دار مجدلاوي للطباعة والنشر والتوزيع، ١٩٩٧
٦٢- محمد سعيد فرح: ما ... علم الاجتماع. الإسكندرية، منشأة المعارف، ١٩٨٧.
٦٣- محمد عباس إبراهيم: الثقافة الشعبية الثابت والمتغير. الإسكندرية ، دار المعرفة الجامعية، ٢٠١٣.

٦٤- ___________: الطب الشعبي والمعتقدات الشعبية- دراسة في الانثربولوجيا الطبية في مجتمع الإمارات العربية المتحدة. السلسلة السوسيو أنثروبولوجية، الكتاب السابع، الإمارات، مؤسسة العين للإعلان والنشر والتوزيع، ١٩٨٩.
٦٥- محمد عبده بدر الدين: جغرافية الدواء. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية ، ٢٠٠٣.
٦٦- محمد على سلامة: البناء الطبيعي في الريف المصري – بين التاريخ وعلم الاجتماع. الإسكندرية، دار الوفاء لدينا الطباعة والنشر، ٢٠٠٠، ص١١٦.
٦٧- محمد علي محمد وآخرون: دراسات في علم الاجتماع الطبي. الإسكندرية. دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٤.
٦٨- محمد محروس الشناوي، ومحمد السيد عبد الرحمن: المساندة الاجتماعية والصحة النفسية- مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية،١٩٩٤.
٦٩- محمود جاسم الصميدعي، بشير عباس العلاق: أساسيات التسويق الشامل والمتكامل. عمان، دار المنهاج للنشر والتوزيع، ٢٠٠٢.
٧٠- محمود ياسين، عبد الرحمن العوضي: الدواء والإدمان. الكويت، المركز العربي للوثائق والمطبوعات الصحية،١٩٨٢.
٧١- مصطفي حمادة: دراسات أنثروبولوجية. الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، ٢٠٠٨.

٧٢- مصطفى خلف عبد الجواد: قراءات معاصرة في نظرية علم الاجتماع. مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ٢٠٠٢.
٧٣- ــــــــــــــــ: اتجاهات حديثه في علم الاجتماع، المنيا، دار التيسير للطباعة والنشر، ٢٠٠٥.
٧٤- ــــــــــــــــ: الإحصاء الاجتماعي المباديء والتطبيقات. عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ٢٠٠٩.
٧٥- مها سليمان محمد: ترشيد المستهلك والاستهلاك وتحديات المستقبل. دبي، دار القلم للنشر والتوزيع، ١٩٩٩.
٧٦- نادر فرجاني: نوعية الحياة في الوطن العربي. بيروت، مركز دراسات الوحدة العربية، ١٩٩٢.
٧٧- ناهد رمزي وأخرون: العدالة الاجتماعية في التعليم ما قبل الجامعي. المجلد الثاني: بعض مخرجات العملية التعليمية (القدرات الابداعية- المهارات الحياتية)، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠٠٥.
٧٨- ناهد صالح: البحث العلمي الاجتماعي في قضاياه ومناهجه. القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، ٢٠٠٩.
٧٩- نجلاء عاطف خليل: في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض. القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية، ٢٠٠٦.
٨٠- نهلة إبراهيم: علم اجتماع المعرفة بين العلم والايدولوجيا. الإسكندرية، الرواد للكمبيوتر والتوزيع، ٢٠٠٧.

ثالثاً- الكتب المترجمة:

٨١- الآن تورين: نقد الحداثة. ترجمة: أنور مغيث، القاهرة، المجلس الأعلى للثقافة، ١٩٩٧.
٨٢- انتوني جيدنز: مقدمه نقديه في علم الاجتماع. ترجمه أحمد زايد وآخرون، القاهرة، مركز البحوث والدراسات الاجتماعية، ٢٠٠٣.
٨٣- إيان كريب: النظرية الاجتماعية – من بارسونز إلى هابرماس. ترجمة: محمد حسين، عالم المعرفة، العدد (٢٤٤)، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، ١٩٩٩.
٨٤- ستيفين مليز :النزعة الاستهلاكية أسلوب حياة. عرض: علي الدجوي، القاهرة، المكتبة الأكاديمية،٢٠٠٢.
٨٥- فيل سليتر: مدرسة فرانكفورت نشأتها ومغزاها – وجهة نظر ماركسية. ترجمة: خليل كلفت، الطبعة الثانية، القاهرة، المجلس الأعلى للثقافة، ٢٠٠٤.
٨٦- مايك فيذرستون: الثقافة الاستهلاكية والاتجاهات الحديثة. ترجمة: محمد عبد الله ، بيروت، دار الفارابي، ١٩٩١.
٨٧- مايك فيذرستون: ثقافة الاستهلاك وما بعد الحداثة. ترجمة: فريال حسن، القاهر، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ٢٠١٠.

رابعاً- الدوريات:

٨٨- أحمد محمد عوف: أنت والدواء. سلسلة العلم والحياة، العدد (٤٢)،القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٩٤.

٨٩- آمال عبد الرحيم:اتجاهات الطالبة الجامعية السعودية نحو ثقافة ترشيد الاستهلاك- "دراسة مطبقة في قسم الدراسات الاجتماعية - بنات، جامعة الملك سعود" مجلة جامعة دمشق، المجلد (٢٨)، العدد الأول،٢٠١٢ .
٩٠- أماني عبد المقصود عبد الوهاب: السعادة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية لدى عينة من المراهقين من الجنسين. مجلة البحوث النفسية والتربوية، كلية التربية، جامعة المنوفية، مجلد (٢١)، العدد (٢)،٢٠٠٦.
٩١- أنعام عبد الجواد: قيم الإنتاج والاستهلاك في النظرية السوسيولوجية المعاصرة. المجلة الاجتماعية القومية، ، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، مج (٣٤)، ع ٢ - ٣، ١٩٩٧.
٩٢- التيجاني مياطة: دور التراث المادي واللامادي لمجتمع وادي سوف في تحديد ملامح الهوية الثقافية وتكامله. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد السادس، ابريل ٢٠١٤.
٩٣- رغداء علي نعيسة: جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين. مجلة جامعة دمشق، المجلد(٢٨)، العدد الأول،٢٠١٢.
٩٤- رياض رمضان العلمي: الدواء من فجر التاريخ إلى اليوم.عالم المعرفة، العدد١٢١ ، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، يناير ١٩٨٨.
٩٥- زهير بن جنات: من سوسيولوجيا الفعل إلي براديجم الفاعل الاجتماعي. مجلة عالم الفكر، الكويت، المجلد(٤١)، العدد(٣)، يناير- مارس٢٠١٣.

٩٦- سعدون حمود وآخرون: قياس سلوك المستهلك تجاه الأدوية من وجهة نظر الطبيب- دراسة استطلاعية تحليلية لأراء عينة من الأطباء العاملين في بغداد. مجلة كلية بغداد للعلوم الاقتصادية الجامعة، مركز بحوث السوق وحماية المستهلك، جامعة بغداد، العدد (٢٢)، ٢٠٠٩.

٩٧- سعدون حمود وآخرون: قياس سلوك المستهلك تجاه الأدوية: دراسة استطلاعية تحليلية لآراء عينة من المستهلكين في بغداد. المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مركز بحوث السوق وحماية المستهلك، جامعة بغداد، مجلد(١) عدد (٢)، ٢٠٠٩.

٩٨- سلاف مشري: جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي -دراسة تحليلية. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، الجزائر، العدد (٨٠)، سبتمبر ٢٠١٤.

٩٩- سمر راضي عرفات : إرشادات في تناول الدواء، الطب والحياة، مجلة الأمن والحياة، جامعة نايف للعلوم الامنية، السعودية، العدد(٣٤٦) يوليو/ اغسطس٢٠١٢، رمضان ١٤٣٣هـ.

١٠٠- سناء مسودة: مدي توافر متطلبات رأس المال المعرفي(البشري، الهيكلي، الزبائني) لتحقيق الميزة التنافسية ومعوقات توافرها- دراسة ميدانية في قطاع الصناعات الدوائية الأردنية. مجلة جامعة النجاح للأبحاث (العلوم الإنسانية)، مجلد ٢٥، العدد(٤)، ٢٠١١.

١٠١- سهام كامل محمد وآخرون :الثقافة الاستهلاكية للدواء في أطار حماية المستهلك العراقي:دراسة تحليلية. المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مركز بحوث السوق وحماية المستهلك، جامعة بغداد، مجلد(١)، العدد الأول، أيلول ٢٠٠٩.
١٠٢- السيد محمد أبو هاشم :النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة.جامعة بنها، مجلة كلية التربية، المجلد (٢٠)، العدد(٨١) يناير ٢٠١٠.
١٠٣- شهر زاد نوار: دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة ، الجزائر، العدد (١٣)، ديسمبر٢٠١٣.
١٠٤- صالح إبراهيم وأيمن صالح: ١٠ شركات عالمية خاصة تستحوذ على مبيعات الأدوية فى مصر. مجلة الوطن، العدد(١٣٤٩)، يناير ٢٠١٦.
١٠٥- صالح علي حسن: رحلة الدواء من المصدر الي المريض. عبدالله الرشيد (محررا): في الدواء والصناعات الدوائية، الجزء الأول، مجلة العلوم والتقنية، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، السنة الخامسة، العدد(١٧)، يوليه ١٩٩١.
١٠٦- عارف محسن لفته وآخرون: دراسة استطلاعية لأراء بعض الصيادلة والأطباء حول جودة الدواء وآليات صرفه. المجلة العراقية لبحوث السوق وحماية المستهلك، مركز بحوث السوق وحماية المستهلك، جامعة بغداد، مجلد(١)، عدد(١)،٢٠٠٩.

١٠٧- عبد الرازق صالح محمود: الطب الشعبي مهنة عائلية متوارثة في مدينة الموصل – دراسة انثروبولوجية، مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٣٥)، ٢٠١٢.

١٠٨- ____________: أثر التعليم في التنمية الصحية في مدينة الموصل - دراسة ميدانية. مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٣٤)، ٢٠١١.

١٠٩- ____________: طرائق العلاج الشعبي في مدينة الموصل. مجلة موصليات. مركز دراسات الموصل، جامعة الموصل، العدد (٣٦) كانون الأول ٢٠١١.

١١٠- ____________: الطب الشعبي في الأسواق.دراسة ميدانية في مدينة الموصل، مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٢٣)، شباط ٢٠٠٩.

١١١- عبد الرحمن عقيل: مساوئ التداوي الذاتي. في عبدالله الرشيد (محررا): الدواء والصناعات الدوائية، الجزء الأول، مجلة العلوم والتقنية، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية، السنة الخامسة، العدد(١٧)، يوليه ١٩٩١.

١١٢- عبد الفتاح محمد المشهداني: الطب الشعبي والطب العلمي – دراسة وصفية تحليلية. مجلة دراسات موصلية، مركز دراسات الموصل، العراق، العدد (٣٤)، ٢٠١١.

١١٣- عبد الله الخير وآخرون: تأثير الصداف علي نوعية الحياة ومعدل العجز الذي يتسبب به في محافظة اللاذقية. مجلة جامعة تشريد للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الصحية ،كلية الطب، جامعة تشريد، اللاذقية، سوريا، المجلد (٣١) العدد (١) ، ٢٠٠٩.
١١٤- عز الدين الدنشاري: الاستخدام الأمثل للدواء له أصوله وقواعده. كتاب الشعب الطبي، العدد(٢٧)، القاهرة ، دار الشعب للصحافة والطباعة والنشر، ٢٠٠٠.
١١٥- __________: الدواء الأخطار والمحاذير، كتاب الهلال الطبي، القاهرة، دار الهلال، العدد(٣٩)، نوفمبر ٢٠٠٣.
١١٦- عماد السعدي، وعطاف منسي: دور التعليم الأسري في تنمية الميول القرائية لدى أطفال الروضة والصفوف الثلاثة الأولى. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد (٧)، عدد (٣)، ٢٠١١.
١١٧- عويد سلطان وأمثال هادي: الفرق بين نوعية الحياة لدي طلبة جامعة الكويت وفق الجنس والحالة الصحية. المجلة التربوية، جامعة الكويت، العدد(١٠٤) الجزء الأول، المجلد(٢٦) ، سبتمبر ٢٠١٢.
١١٨- فواز أيوب المومني، ورافع عقيل الزغول: الدعم الاجتماعي المدرك لدى ضحايا وأسر تفجيرات فنادق عمان الإرهابية. المجلة الأردنية للعلوم الاجتماعية، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، المجّلد(٢)، العدد(٣)،٢٠٠٩.

١١٩- كامل حسن وتيسير عبد الله: نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية. مجلة علم النفس، العددان(٨٩/٨٨)،القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، يناير- يونيه ٢٠١١.
١٢٠- ماهر يوسف المجدلاوى: مصادر الاحتراق النفسي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من السائقين. مجلة جامعة الأقصى، سلسلة العلوم الإنسانية، المجلد (١٨)، العدد (٢)، يونيو ٢٠١٤.
١٢١- مجلس الوزراء مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار: ملامح نمط الإنفاق في الأسرة المصرية. تقارير معلوماتية، مركز المعلومات ودعم اتخاذ القرار، مجلس الوزراء، السنة الخامسة، العدد (٥٨)، أكتوبر ٢٠١١م.
١٢٢- محمد بيومى خليل: المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم- لدى المرضى بمرض مفض إلى الموت. مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة العامة للكتاب، السنة العاشرة، العدد (٣٧) يناير/فبراير/ مارس ١٩٩٦.
١٢٣- محمد سعيد الحلبي: الوعي الذاتي في مواجهة المؤثرات السلبية في إطار التنمية البشرية. مجلة الباحثون، سوريا، العدد(٦١) تموز ٢٠١٢.
١٢٤- محمد عبد الله المطوع: الثقافة الاستهلاكية في مجتمع الإمارات. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، العدد (٨)، جامعة الكويت، مجلس النشر العلمي، ١٩٩٦.
١٢٥- مسيلي رشيد وآخرون: أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطال. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، العدد الثاني ،جوان ٢٠١١.

١٢٦- منال زكريا حسين وآخرون: كفاءة الذات العامة المدركة كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية حياة العمل والاحتراق النفسي لدي عينة من النساء العاملات. مجلة دراسات نفسية، كلية الآداب ، جامعة القاهرة، مجلد(٢٠)، العدد(٢)، ابريل ٢٠١٠.
١٢٧- موسى عبد الرحيم و ناصر علي مهدي : دور وسائل الإعلام فى تشكيل الوعي الاجتماعي لدى الشباب الفلسطيني- دراسة ميدانية على عينه من طلاب كلية الآداب جامعة الأزهري . مجلة جامعة الأزهر بغزة، سلسلة العلوم الإنسانية ، المجلد (١٢) ، العدد (٢) ، ٢٠١٠.
١٢٨- ناهد صالح: مؤشرات نوعية الحياة - نظرة عامة على المفهوم والمدخل. المجلة الاجتماعية القومية، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد (٢٧)، العدد (٢)، مايو ١٩٩٠.
١٢٩- نجاة زكي موسي: مكونات نوعية حياة المعلم النفسية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية وبيئة العمل. مجلة البحث في التربية وعلم النفس، كلية التربية، جامعة المنيا، المجلد (٢٤)، العدد الثاني، الجزء الثالث، أكتوبر ٢٠١١.
١٣٠- هبه جمال: مؤشرات نوعية الحياة بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي. المجلة الاجتماعية القومية، القاهرة، المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية، المجلد (١٨)، العدد (٣)، سبتمبر ١٩٩١.

١٣١- هويدا حنفي، وفوزية عبد الباقي: فاعلية الذات المدركة ومدي تأثيرها علي جودة الحياة لدي طلبة الجامعة من المتفوقين والمتعثرين دراسيا. مجلة أماراباك، الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا، المجلد الأول، العدد الأول، ٢٠١٠.

١٣٢- وليد فستق: الإعلان في المجتمع الاستهلاكي. الفكر العربي المعاصر، العدد (٣٥)، بيروت، مركز الإنماء القومي، ١٩٨٥.

١٣٣- يوسف محمود وآخرون: تحليل الاستهلاك الدوائي في الأردن- القياس والتحليل. مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، جامعة تشرين، الأردن، العدد(١)، مجلد(٣١).٢٠٠٩.

خامساً- الرسائل الجامعية:

١٣٤- أحمد ريان باريان: دور وسائل الإعلام في التثقيف الصحي للمرأة السعودية بمدينة الرياض-دراسة ميدانية. ماجستير، قسم الإعلام، كلية الآداب – جامعة الملك سعود، ١٤٢٥ هـ.

١٣٥- أماني فاروق عبد اللطيف: المؤشرات الاجتماعية لنوعية الحياة وعلاقتها بصحة الطفل – دراسة مقارنه بين الريف والحضر بمحافظة القليوبية. رسالة ماجستير، قسم العلوم الإنسانية، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، ٢٠١٢.

١٣٦- بركه عبد الغني بدوي: نوعية الحياه لدي الطبقة المتوسطة – دراسة ميدانيةعلي بعض شرائح الطبقة الوسطي في محافظة سوهاج. رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة سوهاج، ٢٠١٦.

١٣٧- بن عطية محمد: دراسة إستهلاك العائلات الجزائرية ما بين سنة ١٩٦٩م. و٢٠٠٥م. رسالة ماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير والعلوم التجارية جامعة أبو بكر بلقايد، الجزائر، ٢٠٠٦.

١٣٨- بندر بن محمد حسن الزيادي العتيبي: اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينه من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف. رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة ام القري السعودية، ١٤٣٩هـ.

١٣٩- بوتقرابت رشيد: ظاهرة الاهتمام باللباس عند الشباب الجامعي- دراسة ميدانية لطلبة جامعة الجزائر- ملحقة بوزريعة. رسالة ماجستير، قسم علم الاجتماع ، كلية العلو م الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر،٢٠٠٧.

١٤٠- جميل حفظ الله عبد الله بِنَيَّان: البُنْيَة والفعل في تنظير ما بعد الحداثة في علم الاجتماع. رسالة دكتوراه، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ٢٠١٠.

١٤١- حماني فضيلة: مؤسسات التعليم العالي وتشكيل مجتمع المعرفة- جامعة ورقلة نموذجا. رسالة دكتوراة، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح – ورقلة، الجزائر،٢٠١٤.

١٤٢- خالد كاظم: دور أشكال رأس المال في تشكيل النخب الاجتماعية، دراسة ميدانية علي عينة من جماعات النخب في محافظة سوهاج. رسالة دكتوراه، كلية الآداب، جامعة سوهاج، ٢٠٠٩.

١٤٣- دعاء الصاوي السيد حسين: جودة الحياة المدركة لدي عينة من طلاب الجامعة ومدي فاعلية برنامج إرشادي وجودي في تنميتها. رسالة ماجستير، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة سوهاج، ٢٠٠٩.

١٤٤- ذكي عبد المجيد ذكي إبراهيم: النظرية النقدية لمدرسة فرانكفورت – دراسة تحليلية لتقدير كفاءة النظرية في فهم واقع العالم الثالث – محاولة للتطبيق على المجتمع المصري، رسالة دكتوراه، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة عين شمس، ١٩٩٥.

١٤٥- زعطوط رمضان: نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. رسالة دكتوراه، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة،الجزائر، ٢٠١٤.

١٤٦- شيرين أحمد رمزي: دراسة المستويات المختلفة لنوعيه الحياة وعلاقتها بتوافق المرأة المصرية مع البيئة : دراسة مقارنة بين البيئات الصحراوية والريفية والحضرية. رسالة دكتوراه، قسم العلوم الإنسانية، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، ٢٠٠٥.

١٤٧- شيماء أحمد محمد الديداموني: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين. رسالة ماجستير، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة الزقازيق،٢٠٠٩.

١٤٨- صالح إسماعيل عبد الله : قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة. رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية – غزة، ٢٠١٠.
١٤٩- صولة فيروز: المتغيرات الاجتماعية لتصور المرض وأساليب علاجه- دراسة ميدانية بمدينة بسكرة. رسالة دكتوراه. قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة محمد خضير، بسكرة، الجزائر،٢٠١٤.
١٥٠- عبد الحكيم عبد الله النسور: الأداء التنافسي لشركات صناعة الأدوية الأردنية في ظل الانفتاح الاقتصادي. رسالة دكتوراه، قسم الاقتصاد والتخطيط، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، الجمهورية العربية السورية، ٢٠٠٩.
١٥١- عبد الرحمن صالح سابح: المسئولية المدنية عن خطأ الطبيب في دول مجلس التعاون الخليجي. رسالة ماجستير، قسم العدالة الجنائية، كلية الدراسات العليا، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية،٢٠١٠.
١٥٢- علا بهجت إبراهيم: الصناعات الدوائية وتفعيل دورها في الاقتصاد الوطني في سورية. رسالة ماجستير، قسم الاقتصاد والتخطيط ، كلية الاقتصاد، جامعة تشرين، سوريا،٢٠١٤.
١٥٣- عماد محمد نبيل: خدمات الرعاية الاجتماعية وتحسين نوعية الحياة للمسنين: دراسة مطبقة بمجمع دور الرعاية الاجتماعية للمسنين بدمنهور. رسالة ماجستير، قسم التخطيط الاجتماعي،كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان،٢٠٠٥.

١٥٤- عيساني رفيقة: مسئوولية الإطباء في المرافق الإستشفائية العمومية. رسالة دكتوره، كلية الحقوق والعلوم السياسية، جامعة ابو بكر بلقايد ، تلمسان، الجزائر، ٢٠١٦.
١٥٥- فوزية برسولي: تحليل سلوك المستهلك اتجاه الأدوية. دراسة ميدانية بمدينة باتنة، رسالة ماجستير، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية والتجارية وعلوم التسيير، جامعة الحاج لخضر- باتنة، الجزائر، ٢٠١١.
١٥٦- قنون خميسة: الدعم الإجتماعي المدرك وعلاقته بالاكتئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية- دراسة على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "c" بالمستشفى الجامعي لولاية – باتنة. رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، كلية الآداب والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر – بسكرة، الجزائر، ٢٠٠٧.
١٥٧- مجدي خضر شعبان: برنامج مقترح لإكساب الوعي الدوائي لطلبة التاسع بغزة. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، ٢٠٠٧.
١٥٨- محمد حامد إبراهيم الهنداوي: الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركياً بمحافظات غزة. رسالة الماجستير، قسم علم النفس، بكلية التربية، جامعة الأزهر -غزة، ٢٠١١.
١٥٩- محمد عبد الله محمد: المؤشرات الاجتماعية لنوعية الحياة لسكان المناطق الحدودية: دراسة ايكولوجية لمثلث (حلايب- شلاتين- ابورماد). رسالة ماجستير، قسم العلوم الإنسانية، معهد الدراسات والبحوث البيئية، جامعة عين شمس، ٢٠١١.

١٦٠- مروان عبد الله دياب: دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين. رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة ، ٢٠٠٦.

١٦١- مريم شيخي: طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة - دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات، رسالة ماجستير، قسم العلوم الاجتماعية، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة ابي بكر بلقايد، الجزائر،٢٠١٤.

١٦٢- نبيلة باوية: الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدي النساء المصابات بسرطان الثدي، دراسة ميدانية علي عينة من النساء بمستشفي محمد بوضيان- ورقلة. رسالة دكتوراه، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة، ٢٠١٣.

١٦٣- نجاة محمود عبد المقصود: تنمية المرأة وتحسين نوعية حياة الأسرة الريفية- دراسة مطبقة على مشروع تدريب المرأة الريفية على مهارات الحياة بقرية محلة مرحوم محافظة الغربية، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة حلوان، كلية الخدمة الاجتماعية، قسم التخطيط، ٢٠٠٦.

١٦٤- نسرين بنت صلاح بن عبد الرحمن: تقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من مجهولى الهوية ومعروفي الهوية من الذكور والإناث بمنطقة مكة المكرمة. رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية، ٢٠٠٨.

١٦٥- نهلة زكريا محمد قمصان: الاستبعاد الاجتماعي للمرأة في صعيد مصر- دراسة ميدانية على عينة من النساء. رسالة ماجستير، قسم الاجتماع، كلية الاداب، جامعة سوهاج، ٢٠١٥.

١٦٦- نورهان حسن محمد مرسي: التكلفة الاجتماعية والاقتصادية للمرض وانعكاسه علي نوعية الحياة- دراسة لعينة من مرضي الأمراض المزمنة بالإسكندرية. رسالة دكتوراه ، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة الإسكندرية، ٢٠١٢.

١٦٧- هناء الجوهري: المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على تشكيل نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينيات، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم الاجتماع، كلية الآداب، جامعة القاهرة، ١٩٩٤.

سادساً- المؤتمرات والندوات والتقارير:

١٦٨- أماني عبد المقصود، وسميرة محمد شند: جودة الحياة الأسرية وعلاقتها بفاعلية الذات لدي عينة من الأبناء المراهقين. المؤتمر السنوي الخامس عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، ٢٠١٠.

١٦٩- تقرير التنمية البشرية ١٩٩٦: القاهرة، معهد التخطيط القومي، ١٩٩٦.

١٧٠- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والاحصاء: الكتاب الإحصائي الثانوي. جمهورية مصر العربية، سبتمبر ٢٠١٥.

١٧١- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء: دراسة قضايا الرعاية الصحية بالتطبيق علي قطاع الدواء في مصر. القاهرة، مايو ٢٠١٥.

١٧٢- الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء: بحث الدخل والإنفاق والاستهلاك لعام ٢٠١٢/٢٠١٣م.، المجلد الرابع، القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة و الإحصاء، ٢٠١٤.

١٧٣- جونغ ووك- لي: العمل من اجل الصحة- التقرير الخاص بالصحة في العالم ٢٠٠٦. فرنسا، منظمة الصحة العالمية، ٢٠٠٦.

١٧٤- حسن مصطفى عبد المعطي: الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر. وقائع المؤتمر العلمي الثالث: الإنماء النفسي والتربوية للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، كلية التربية، جامعة الزقازيق، ١٥-١٦ مارس، ٢٠٠٥.

١٧٥- خميس بن سالم الراسبي: تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جودة حياة المتعلمين بمدارس السلطنة. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس - مسقط ١٧- ١٩ ديسمبر ٢٠٠٦.

١٧٦- دانا عبد الرحيم :الأمن الدوائي في ظل الأزمة . في: التنمية البشرية في ظل الأزمة. نشرة التخطيط والتعاون الدولي، العدد النوعي الأول، سوريا، هيئة التخطيط والتعاون الدولي، نيسان٢٠١٣.

١٧٧- سهيلة محمد عباس وعلي عبد جاسم الزاملي: التطور التنظيمي وجودة حياة العمل. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط، ١٧- ١٩ ديسمبر ٢٠٠٦ م.

١٧٨- العارف بالله محمد الغندور: أسلوب حل المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة – دراسة نظرية، المؤتمر العلمي السادس للإرشاد النفسي،"جودة الحياة" توجه قومي

للقرن الحادي والعشرون١٠-١٢ نوفمبر ١٩٩٩، جامعة عين شمس، مركز الإرشاد النفسي ١٩٩٩.

١٧٩- عفاف احمد عويس: جودة الحياة والذكاء الوجداني لطفل ما قبل المدرسة. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط، ١٧- ١٩ ديسمبر ٢٠٠٦.

١٨٠- علاء غنَّام، وهبه ونيس: المبادرة المصرية للحقوق الشخصية، قرار تسعير الدواء رقم ٤٩٩ لسنة٢٠١٢: أين هو من الحق في الدواء؟، القاهرة، وحدة العدالة الاجتماعية والاقتصادية، أبريل ٢٠١٣.

١٨١- فوقية أحمد السيد عبد الفتاح ؛ محمد حسين سعيد حسين: العوامل الأسرية والمدرسية والمجتمعية المنبئة بجودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات التعلم بمحافظة بني سويف. وقائع المؤتمر العلمي الرابع: دور الأسرة ومؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف ورعاية ذوي الحاجات الخاصة، كلية التربية، جامعة بني سويف، ٣-٤ مايو، ٢٠٠٦.

١٨٢- ماجدة أحمد شلبي: اتفاقية حماية الملكية الفكرية TRIBS وصناعة الدواء في مصر الأبعاد والتحديات. مؤتمر الجوانب القانونية والاقتصادية لاتفاقيات منظمة التجارة العالمية، قسم الاقتصاد، جامعة الزقازيق، ٢٠٠٤ .

١٨٣- مارغريت تشان "تقديم": استراتيجة منظمة الصحة العالمية في الطب التقليدي (الشعبي) ٢٠١٣-٢٠١٤. منظمة الصحة العالمية، ٢٠١٣.

١٨٤- مجدي عبد الكريم حبيب: فعالية استخدام تقنيات المعلومات في تحقيق أبعاد جودة الحياة لدى عينات من الطلاب العمانيين. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس- سلطنة عمان، ١٧-١٩ ديسمبر، ٢٠٠٦.

١٨٥- محمد السعيد ابو حلاوة: جودة الحياة: المفهوم والأبعاد. ورقة عمل مقدمة إلي المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ، ٢٠١٠.

١٨٦- محمد رءوف حامد: الدواء في مصر الأوضاع والمستقبليات. إعداد: برنامج السياسات والنظم الصحية: الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر: دراسة تحليلية للوضع الراهن ورؤى مستقبلية. القاهرة، جمعية التنمية الصحية والبيئة،٢٠٠٥.

١٨٧- محمود عبد الحليم منسي ؛علي مهدي كاظم: مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة. وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان، ١٧-١٩ ديسمبر، ٢٠٠٦.

١٨٨- نورهان شريف وآخرون: الصحة. سلسلة أوراق الحقائق والمعلومات، الإصدار الثالث، القاهرة، المركز المصري للحقوق الاقتصادية والاجتماعية، ٢٠١٦.

١٨٩- وزارة الصحة والسكان: أنشطة الوزارة، القاهرة، الموسوعة الحرة، ٢٠١٧.

١٩٠- وزارة الصحة والسكان: كتيب مصر في أرقام ٢٠١٦. القاهرة، الجهاز المركزي للتعبئة والإحصاء،٢٠١٦.

٢- المراجع الأجنبية

أولاً- القوميس والموسوعات:

191- "The world Book Encyclopedia", London, Ascou Fetzer company, Vol. 7, 1995.

192- Carrier J. G. : "Consumption", In : "Encyclopedia of Social and Cultural Anthropology" , London, Routledge, 1996.

193- Reid . M .G.: "Consumption Levels and Standards , In :"International Encyclopedia of Social Sciences, New York, Macmillan, vol. 3, 1972.

194- The Encyclopedia Americana", international. Ed, U.S.A, Americana Corporation, vol. 7, 1980.

195- The world Book Encyclopedia" , London , Ascou Fetzer Company , vol. 4, 1995.

ثانياً- الكتب:

196- Aguilar-Palacio et, al, :"Morbidity and drug consumption. Comparison of results between the National Health Survey and electronic medical records". Espana, Elsevier Espana, 2013. (Online) www.ncbi.nlm.nih.gov/ pubmed/23680136.

197- Bocock .R.: "consumption" , London, Routledge, 1993.

198- Carrasco-Garrido, et. al,: "Patterns of medication use in the immigrant population resident in Spain: associated factors". USA, US National Library of Medicine& National Institutes of Health, John Wiley & Sons, Ltd, 2009.(Online) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.

199- Carrasco-Garrido,et, al,: "Predictive factors of self-medicated drug use among the Spanish adult population". USA, US National Library of Medicine& National Institutes of Health, John Wiley & Sons, Ltd, 2007. (Online) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17654747.

200- Carrera Lasfuentes, et. al,: "Medicine consumption in the adult population: Influence of self-medication". Espana, Elsevier Espana, 2013.(Online) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/? term=Carrera-Lasfuentes.

201- Charles D. H & Richard. S.: Preventing medication errors and improving drug therapy outcomes. A Management Systems Approach, Boca Raton London, New York, CRC Press LLC, 2003.

202- Cruz MJ. Et. Al: Medication use among children 0-14 years old: population baseline study". Brasil, Sociedade Brasileira de Pediatria. Elsevier Editora Ltda. 2014. (Online) www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed.

203- Department of Economic and Social Affairs: United Nations Guidelines for Consumer Protection. United Nations, New York, 2003.

204- Featherstone .M : "Consumer Culture : an introduction". Theory, Culture and Society, vol. 1, No.3, 1983.

205- Gunter .B. and Furnham .A. :"Children Consumers - A psychological Analysis of The Young People's Market". London, Routledge, 1998.

206- Holton .R. J,: "Economy and society". London, Routledge. 1992.

207- J. S. House, D. Umberson, and K. R. Landis: Structures And Processes Of Social Support. Survey Research Center and Department of Sociology, University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, Annual Reviews Inc, 1988.

208- Keat . R . And ethers :"Lancaster university centre for the study of cultural values" in: the Authority of the consumer". London, Routledge, 1994.

209- Kornblum .w: "Sociology In Changing World", 2nd. Ed, New York, Holt, Rinehart, and Winston, Inc., 1991.

210- Lapeyre Mestre: Psychoactive drug consumption: performance-enhancing behaviour and pharmaco dependence in workers. Department of Clinical Pharmacology, Research Unit of Pharmacoepidemiology, Toulouse, France, John Wiley & Sons, 2005.

211- Lipovcan, K., Larsen, P. & Zganec, N. : Quality of Life, Life Satisfaction and Happiness in Shift- and Non – Shift Work. Rev. Saúde Pública,38 Suppl, (2004). www.Fsp.usp.br/rsp.

212- Mackay. H.: "Consumption and Every Day Life", London, Sage Publications, 1997.

213- Man Cheung Chung& others: A Critique of the Concept of Quality of Life. International Journal of Health Care Quality, University of Birmingham, Birmingham, UK, MCB University press, 1997.

214- Marja Vaarama, Richard Pieper, Andrew Sixsmith: Care-Related Quality of Life in Old Age Concepts, Models and Empirical Findings, New York, USA, Springer Science+ Business Media, LLC, 2008.

215- Mary G. & others: Quality of Life: Meaning and Measurement, In Alan Walker: Understanding quality of life in old age, England, McGraw-Hill House, 2005.

216- Peter .J.P. And Olson .J.C.: "Consumer Behavior and Marketing Strategy ". 4Th. Ed., London, Irwin, 1996.

217- Robin Goodwin et al.: Social support and its consequences: ‘Positive’ and ‘deficiency’ values and their implications for support and self-esteem. British Journal of Social Psychology, Brunel University, UK (2004). 1–10. www.bps.org.uk

218- Ruut Veenhoven: Quality of Life and happiness: not quite the same . Torino, Italia, 2001. http://www2.eur.nl /fsw/research/veenhoven/ Pub2000s/2001e-full.pdf.

219- Semin .G.R. And Fiedler .K: "Applied Social Psychology" .London, Sage Publications, 1996.

220- Strinati. D: "An Introduction to Theories of Popular Culture". London, Routledge, 1995.

ثالثاً- الدوريات والمقالات والرسائل:

221- Aytekin Firat & others :Consumption, consumer culture and consumer society. Journal of Community Positive

Practices, Institute of Social Sciences, Muğla Sıtkı Koçman University, Turkey, XIII (1) , 2013.

222- Benni JM. , et. al: "Knowledge and awareness of food and drug interactions (FDI)": a survey among health care professionals. International Journal of Pharmacology and Clinical Sciences Vol.(1) Issue (4), December, 2012.

223- Bryan H. Massam: Quality of Life - Public Planning and Private Living. Department of Geography and Division of Social Science, York University, Elsevier Science Ltd, vol (58), 2002, www.elsevier.com/locate/pplann.

224- Carol D. Ryff and Corey Lee M. Keyes: the Structure of Psychological Well-Being Revisited, University of Wisconsin Madison, Journal of Personality and Social Psychology, American Psychological association, Vol. 69, No. 4, 1995.

225- Celia Keenaghan and Jean Kilroe: A Study on the Quality of Life Tool KIDSCREEN for Children and Adolescents in Ireland. Results of the KIDSCREEN, National Survey 2005, The National Children’s Strategy, Office of the Minister for Children, Department of Health and Children, Hawkins House,2008.

226- Dalia Faisal: Quality of life of School Age Children with Hemophilia: Children versus Mothers’ Opinions. Master Degree, Faculty of Nursing, Cairo University, 2013.

227- Dalia Susniene, Algirdas Jurkauskas: The Concepts of Quality of Life and Happiness– Correlation and Differences. Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics, work humanism, Kaunas University of Technology, Vol (3).2009.

228- David Rosser Phillips, et. al: Informal social support and older persons' psychological well-being in Hong Kong. Journal of Cross-Cultural Gerontology, Lingnan University, Hong Kong, 2008, 23(1).

229- Felce, D. & Perry, J: Quality of Life: Its Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities, Published by Elsevier Ltd., Volume 16, Issue 1, January–February 1995.

230- Frank. J. Snoek: Quality of Life: A Closer Look at Measure Patient's Well Being, Research Diabetes and Quality of life, American Diabetes Association, vol 13, No 1, 2000.

231- Grace K.M. Wong: Quality of life of the Elderly in Singapore’s Multi-Racial Society. Department of Real Estate, School of Design and Environment, National University of Singapore, Singapore, International Journal of Social Economics, Vol. 30 No. 3, 2003.

232- Hanna Fagerlind, et. al: Patient Perception, Preference and Participation Patients’ understanding of the concepts of health and quality of life. Elsevier Ireland Ltd, Patient Education and Counseling, 78, 2010. journal homepage: (Online) www.elsevier.com.

233- J. Bryan: The Concept of Culture: A Core Issue in Health Disparities. Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, Vol. 82, No. 2, Supplement 3, 2005.

234- K. H. Basavaraj, M. A. Navya, R. Rashmi :Quality of Life in HIV/AIDS. Department of Dermatology, Venereology and Leprosy, Medical College, JSS University, Mysore, Karnataka, India, Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS; Vol. 31, No. 2, 2010.

235- Krzysztof Kaniasty: Social Support and Traumatic Stress. The National Center for Post-Traumatic Stress Disorder. Disorder PTSD Research Quarterly, Indiana University of Pennsylvania, Poland, VOL 16, NU 2, Sprig, 2005,p.1. www.ncptsd.va.gov.

236- M.S. Sajid, A. Tonsi and M.K. Baig: Health-related quality of life measurement. Department of Colorectal Surgery, Worthing Hospital, Worthing, UK, q Emerald Group Publishing Limited, International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 21 No. 4, 2008.

237- Marilyn A. Wnkleby et al.: Socioeconomic Status and Health: How Education, Income, and Occupation Contribute to Risk Factors for Cardiovascular Disease. American Journal of Public Health, June 1992, Vol. 82, No. 6.1992.

238- Martha H. Chapin & Donald Holbert: Validation of Well - Being and Quality of Life Instruments for Consumers with Disabilities. Vocational

Evaluators and career assessment Professionals journal, University Parkway, VECAP, Vol 7 n 1 Journal Spring 2011.

239- Robert L. Schalock & others: Conceptualization, Measurement, and Application of Quality of Life for Persons with Intellectual Disabilities: Report of an International Panel of Experts. American Association on Mental Retardation, Mental Retardation, Vol 40, NU 6, December 2002.

240- Tuomas .R.P.: "In the twilight of social structures: A mechanism based study of contemporary consumer behavior", PHD, university of turku, fine, Finland, 2003.

241- United States Agency for International Development: National health accounts 2007/2008: Egypt report, September 2010. www.healthsystems2020.org.

242- Ventegodt S, Merrick J, Andersen NJ. : Quality of Life theory I. The IQOL theory: an integrative theory of the global quality of life concept, Scientific World Journal, Vol.(3), 2003.

243- Widar, M. Ahlstrom, G. & Ek, A.: Health-Related Quality of Life in Persons with long- Term pain after a Stroke. Journal of Clinical Nursing. Blackwell Publishing Ltd, Vol.13. 27 May 2003.

244- Williams, Wes, and others: Quality of Life as Context for Planning and Evaluation of Services for People with Disabilities. Exceptional Children Publisher,

Council for Exceptional Children, University of Vermont, Burlington. Vol.59, No. 6, May, 1993.

245- World Health Organization: Management of Drugs at Health Centre Level. Regional Office for Africa, Brazzaville, 2004.

246- World Health Organization: Programmeon Mental Health. Measuring Quality of Life, the World Health Organization Quality of Life Instruments, (The WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF).1997.